

MISE AU POINT THERAPEUTIQUE  
SUR LES FAUX-KYSTES DU PANCREAS  
(à propos de 28 observations)

---

*Thèse pour le Doctorat en Médecine  
présentée et soutenue publiquement*

*Le 4 Juin 1975*

---

par

**Christian PAYEN**

---

né le 3 Mars 1947 à CAUDRY

---

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur STOPPA

JUGES : Monsieur le Professeur PIETRI  
Monsieur le Professeur BAILLET  
Monsieur le Docteur MAÎTRE





ANNEE 1975

N°

# MISE AU POINT THERAPEUTIQUE SUR LES FAUX-KYSTES DU PANCREAS (à propos de 28 observations)

---

*Thèse pour le Doctorat en Médecine  
présentée et soutenue publiquement*

*Le 4 Juin 1975*

par

**Christian PAYEN**

né le 3 Mars 1947 à CAUDRY

---

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur STOPPA

JUGES : Monsieur le Professeur PIETRI  
Monsieur le Professeur BAILLET  
Monsieur le Docteur MAÎTRE





A Marcelline, ma femme

A Sylvie, ma fille

A mes parents

toujours présents aux moments difficiles sur la longue  
route des études.

Je leur dédie cette thèse en témoignage de ma reconnaissance.

A ma soeur

A toute la famille

A tous mes amis

A. Brevet, no 1000

A. Brevet, no 1112

A. Brevet, no 1224

Le présent brevet a été délivré en vertu de la loi du 19 mars 1890, relative aux brevets d'invention, de perfectionnement ou de découverte.



A. Brevet, no 1336

A. Brevet, no 1448

A. Brevet, no 1560



A Monsieur le Professeur STOPPA

Professeur titulaire de clinique chirurgicale

Chirurgien des hôpitaux .

Chef de service au Centre Hospitalier et Universitaire  
d'Amiens

Croix de guerre 1939-1945

Vous avez su le premier nous donner  
le goût de la chirurgie.

Notre stage dans votre service nous  
a été riche d'enseignements.

Vous nous faites maintenant le grand  
honneur de nous confier ce travail et  
d'en accepter la présidence.

Nous vous en exprimons notre profonde  
et respectueuse reconnaissance.



A Monsieur le Professeur PIETRI

Maître de Conférence agrégé de Chirurgie générale  
Chirurgien des hôpitaux

Votre souci de notre formation de médecin  
nous a toujours été précieux.

Votre présence parmi nos juges nous honore.

Permettez-nous de vous exprimer toute notre  
gratitude et notre respect.





Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41549010\\_0011](https://archive.org/details/IA41549010_0011)

A Monsieur le Professeur BAILLET

Maître de conférence agrégé de médecine expérimentale  
et comparée.

Médecin des hôpitaux.

Nous sommes heureux d'avoir bénéficié de  
votre enseignement, et nous vous remercions  
de l'intérêt que vous avez porté à cette  
thèse en acceptant de la juger.





A Monsieur le Docteur MAITRE

Oto-rhino-laryngologiste du Centre Hospitalier de SAINT-QUENTIN

Chaf de service

Croix de Guerre 1939-1945

Vous avez su nous faire découvrir et aimer  
l'oto-rhino-laryngologie.

Vous nous faites maintenant l'honneur de  
juger ce travail.

Nous vous en remercions et nous vous exprimons  
notre respectueuse amitié.



A Monsieur le Docteur DROMER

Chirurgien au Centre Hospitalier de Saint-Quentin

Chef de service

Nous tenons à vous remercier de votre  
amabilité, et de l'aide que vous nous avez  
apportée en nous confiant vos observations.

Veuillez trouver ici l'expression de notre  
plus vive gratitude.





Aux Professeurs STOPPA

BALEDENT

LESBRE

LEVI-VALENSI

du Centre Hospitalier et Universitaire d'Amiens

Aux Docteurs DROUARD

FELISAZ

PENNEQUIN

ROSEY

CHOURAQUI

du Centre Hospitalier de Saint-Quentin

Au Docteur BURIE



I - INTRODUCTION

II - HISTORIQUE

III - ETIO-PATHOGENIE

IV - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

V - LES ASPECTS CLINIQUES

1) La forme clinique habituelle (faux-kystes non compliqués)

- mode d'apparition
- symptomatologie

2) Les formes trompeuses

3) Les formes compliquées

- les épanchements pleuraux
- l'ascite enzymatique
- la rupture ou la fistulisation d'un faux-kyste
- les hémorragies
- l'infection intra-kystique

VI - LES INVESTIGATIONS COMPLEMENTAIRES

1) La biologie

2) La radiologie pré-opératoire

3) Les examens endoscopiques

4) La laparoscopie

VII - TRAITEMENT

1) Les explorations per-opératoires

- l'exploration macroscopique
- les explorations radiologiques
- l'examen de la cavité pseudo-kystique



## 2) Les méthodes de traitement (faux-kystes non compliqués)

- les méthodes de drainage externe
- le drainage transpapillaire du Wirsung
- les dérivations internes
  - \* kysto-gastrostomie
  - \* kysto-jéjunostomie sur anse montée en Y
  - \* kysto-duodénostomie
  - \* les autres anastomoses internes
- les méthodes d'exérèses
  - \* pancréatectomie d'amont
  - \* duodéno-pancréatectomie céphalique

## 3) Traitement des faux-kystes compliqués

- complications spontanées
- complications post-opératoires

## 4) Le cas particulier des faux-kystes post-traumatiques

## 5) Le traitement médical

## VIII - NOS OBSERVATIONS

## IX - LES RESULTATS THERAPEUTIQUES

- \* drainage externe
- \* dérivation interne
- \* exérèse
- \* la mortalité

## X - LES INDICATIONS

## XI - CONCLUSIONS

## XII - BIBLIOGRAPHIE





## INTRODUCTION

Complications de lésions nécrotiques, inflammatoires, traumatiques, ou tumorales, les faux-kystes du pancréas suscitent depuis longtemps un intérêt légitime démontré par les nombreuses études réalisées jusqu'à présent.

Selon LITTRE : " Un kyste est une membrane en forme de vessie sans ouverture, qui renferme des humeurs ou autres matières contre nature, et qui se développe accidentellement par dilatation des culs de sac ou des conduits excréteurs de diverses espèces de glandes dont l'orifice s'oblitére ".

KORTE en 1899 a opposé les kystes vrais, tumeurs liquidiennes possédant une paroi propre, histologiquement distincte, et les collections enkystées d'origine pancréatique sans paroi épithéliale.

Les kystes vrais du pancréas sont généralement secondaires à une inclusion embryonnaire (kystes dermoïdes, etc...), à une atteinte parasitaire (kystes hydatiques) ou à une lésion néoplasique (lymphangiomes kystiques, etc...).

Ils représentent selon les auteurs, 2 à 5% des kystes pancréatiques.

En matière de faux-kystes, beaucoup plus fréquents, les définitions sont variées :

Pour MALLET-GUY et MICHOUILLIER en 1958 : " Les faux-kystes du pancréas sont la séquelle de l'issue permanente en péritoine cloisonné, des sécrétions pancréatiques à travers une brèche pathologique des canaux excréteurs de la glande ". (153)

Pour LEGER en 1971, ce sont des : " cavités closes remplies de suc pancréatique pur ou mêlé de débris nécrotiques, dépourvues d'épithélium de revêtement et dont l'origine doit être recherchée



dans une interruption ou une effraction du système exocrine du pancréas ". (130)

Certains auteurs comme SARLES ou COQUILLAUD (209) (41) ont renoncé à séparer les vrais et les faux-kystes, reprenant l'hypothèse de MEYER de 1949, vérifiée par l'histologie : Des kystes authentiques peuvent perdre leur paroi épithéliale du fait de l'action enzymatique ou de la nécrose.

Pour notre part, nous admettrons que les faux-kystes pancréatiques sont des collections de suc pancréatique pur ou mêlé de débris nécrotiques, issues le plus souvent d'une effraction des canaux excréteurs. Ces cavités, sans paroi clivable, peuvent se drainer par intermittence, déborder largement les limites de la glande et se manifester sur le plan clinique et évolutif de façon très variable.

Nous nous proposons à la lumière de 28 observations et d'une revue de la littérature, une étude critique des attitudes thérapeutiques en matière de faux-kyste pancréatique.

- 18 de nos observations ont été recueillies dans le service de clinique chirurgicale universitaire du Centre Hospitalier d'Amiens (professeur STOPPA).
- les 10 autres observations proviennent de malades hospitalisés au Centre Hospitalier de Saint-Quentin.

Les deux séries d'observations ont été confondues par souci d'homogénéité.

C'est en analysant les résultats obtenus sur l'évolution de la maladie et sur le confort du malade, que nous essayerons de dégager des indications thérapeutiques.





## HISTORIQUE

Les premiers kystes pancréatiques auraient été décrits par MORGAGNI en 1761.

KORTE en 1899 différencie les kystes vrais et les faux-kystes.

En 1911, QUENU propose l'hypothèse de la rupture canalaire à l'origine des pseudo-kystes pancréatiques.

MOCQUOT et CONSTANTINI en 1925, dans un mémoire intitulé : " Contusions du pancréas et pseudo-kystes ", constatent l'apparition d'un faux-kyste au décours d'un traumatisme abdominal.

BROCQ en 1928, oppose les kystes intra-pancréatiques et les kystes extra-pancréatiques.

En 1949, POERS insiste sur la fréquence de petits faux-kystes rétentionnels, découvertes opératoires ou d'autopsie, qui résultent de l'occlusion d'un canal pancréatique par la sclérose, une tumeur ou un calcul.

BAUMEL et PEDOUSSAUT en 1950 précisent le rôle essentiel de l'hypersécrétion pancréatique externe à l'origine des faux-kystes nécrotiques des pancréatites aiguës.

DOUBILET en 1953 objective pour la première fois, la communication d'un pseudo-kyste avec le canal pancréatique principal.

En 1957, SOUPAULT actualise l'hydropancréatose : toutes les cavités liquidiennes sont en communication large ou en continuité avec l'ensemble des cavités canaliculo-glandulaires qui participent au processus.



LEGER la même année différencie les kystes nécrotiques qui communiquent le plus souvent avec un canal pancréatique, et les kystes de la lithiase du Wirsung qui parfois communiquent de façon intermittente.

Au Congrès français de Chirurgie en 1958, MERCADIER et MALLET-GUY font le point sur la question des pseudo-kystes (143).

MERCADIER : " La nécrose est obligatoirement limitée, la nécrose totale étant incompatible avec la vie ". - Etude des kystes rétentionnels.

MALLET-GUY et MICHOUPLIER à l'aide d'une expérimentation sur 34 chiens donnent la définition des pseudo-kystes que nous avons cités plus haut.

La même année, LEGER et GUYET proposent deux classifications :

- une classification anatomique qui sépare
  - \* les faux-kystes post-nécrotiques et traumatiques secondaires à une pancréatite aiguë.
  - \* les kystes et dilatations canalaire d'origine rétentionnelle.
- une classification radioclinique avec
  - \* les lésions exubérantes d'origine pancréatique.
  - \* les lésions kystiques intra-pancréatiques.

En 1961, HOWARD et JORDAN : " Le kyste est une collection de suc pancréatique encapsulé, contenant des débris nécrotiques ou du sang.

En 1962, MARTIN dans sa thèse oppose point par point les pseudo-kystes après pancréatite aiguë et ceux secondaires à l'inflammation chronique.

En 1966, BABIN insiste sur la fréquence des formes compliquées :  
" Plus de la moitié des faux-kystes se révèlent par une complication ".

Après 1966, de nombreux auteurs ont repris l'étude des faux-kystes du point de vue clinique, paraclinique et thérapeutique.



Nous citerons notamment :

|                                |         |
|--------------------------------|---------|
| SARLES - POILLEUX - COQUILLAUD | en 1967 |
| MOREAUX - ADLOFF - BIGAY       | en 1969 |
| ADLOFF - FORSTER               | en 1971 |
| ANDERSON                       | en 1972 |
| CADY - HUREAU - HOVASSE        | en 1973 |
| etc ...                        |         |

L'HISTOIRE DES TECHNIQUES CHIRURGICALES en matière de faux-kyste remonte à GUSSENBAUER en 1882, qui réalisa les premières marsupialisations.

Cette méthode de drainage externe aboutissait régulièrement à des fistules intarissables.

DOYEN et KEHR pour résoudre le problème anastomosent ces fistules dans un viscère creux adjacent.

Les premières kysto-anastomoses sont attribuées à OMBREDANNE en 1915, puis à JEDLICKA en 1923 et JURASZ en 1931.

WATZEL en 1927 propose l'anastomose du faux-kyste dans la vésicule biliaire : c'est un échec (drainage insuffisant).

En 1943, KONIG anastomose un pseudo-kyste à une anse jéjunale montée en Y selon la technique de ROUX.

En 1953, DOUBILET propose son drainage transpapillaire du Wirsung.

La pancréatectomie d'amont pour faux-kyste a été proposée par MALLET-GUY en 1941.

CATTEL et WARREN ont élargi aux faux-kystes du pancréas, les indications de la duodéno-pancréatectomie céphalique (réservée jusqu'alors aux néoplasmes pancréatiques).

\* \* \*





## ETIO-PATHOGENIE

Les faux-kystes sont le plus souvent l'aboutissement de la nécrose pancréatique.

### LA RETENTION LIQUIDIENNE

L'existence d'un obstacle à l'écoulement wirsungien, fréquent au cours des processus pancréatiques, l'exacerbation de l'excrétion enzymatique par l'inflammation glandulaire, maintiennent les canaux pancréatiques sous tension.

Cette hypertension intra-glandulaire peut engendrer des ectasies du canal de Wirsung ou une dilatation régulière des canaux pancréatiques : C'est " l'hydropancréatose " de SOUPAULT (dans la lithiase céphalique).

### L'EFFRACTION OU LA RUPTURE CANALAIRE

dans le traumatisme pancréatique ou dans la pancréatite nécrotique, donne issue aux sécrétions pancréatiques. Ces sécrétions activées par les enzymes cellulaires libérées par la cytolyse, aggravent la nécrose et aboutissent à la formation de cavités pseudo-kystiques.

### LES TRAUMATISMES ABDOMINAUX

Les traumatismes ouverts sont rarement en cause ; par contre, l'écrasement d'un pancréas sain contre le billot vertébral, peut déterminer une nécrose parenchymateuse et surtout une rupture canalaire.

Les kystes traumatiques se révèlent souvent 2 à 3 semaines après le traumatisme et guérissent sans séquelle.

### DANS LA PANCREATITE AIGUE SUR PANCREAS SAIN

de même que dans la contusion pancréatique, le liquide kystique activé a une haute teneur protéique, d'où un appel liquidien qui favorise la diffusion du kyste hors des limites de la glande.



L'agression des organes de voisinage par le liquide enzymatique, provoque une violente réaction inflammatoire. Ces organes s'accolent et finissent par encapsuler la collection nécrotique.

#### DANS LA PANCREATITE CHRONIQUE PRIMITIVE

La sclérose glandulaire fait barrière à l'extension de la nécrose d'où la fréquence des petits faux-kystes intra-parenchymateux, uniques ou multiples.

Dans la pancréatite chronique calcifiante ou non, le faux-kyste peut survenir au décours d'un épisode aigu ou subaigu avec hyperamylasémie. Cet épisode n'est pas toujours retrouvé et souvent le kyste se développe de façon insidieuse, avant de se manifester par une complication.

#### LE CANCER DU PANCREAS

peut coexister avec un faux-kyste. Celui-ci est attribué à la pancréatite péritumorale.

MALLET-GUY a beaucoup insisté sur la nécessité de rechercher le cancer en cas de faux-kyste : " la tumeur peut passer inaperçue dans la sclérose pancréatique, même à ventre ouvert. " (143)

Nous insisterons sur la nature nécrotique des faux-kystes des pancréatites aiguës et comme l'a fait LEGER en 1971 sur leur nature nécrotico rétentionnelle dans les pancréatites chroniques (130).

#### LA REPARTITION DES PSEUDO-KYSTES PANCREATIQUES

Nous voyons comment se répartissent les observations chez quelques auteurs.



LA REPARTITION SELON LE SEXE :

TABLEAU I

| Année            | Auteur          | Observations | Hommes | Femmes |
|------------------|-----------------|--------------|--------|--------|
| 1967             | COQUILLAUD (41) | 90           | 81     | 9      |
| 1967             | SARLES (209)    | 19           | 11     | 8      |
| 1969             | ADLOFF (2)      | 41           | 34     | 7      |
| 1969             | BIGAY (24)      | 63           | 51     | 12     |
| 1970             | SAEGESSER (202) | 40           | 29     | 11     |
| 1972             | ANDERSON (7)    | 34           | 24     | 10     |
| Nos observations |                 | 28           | 22     | 6      |

Nous constatons que les faux-kystes sont 3 à 4 fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

LA REPARTITION SELON L'AGE :

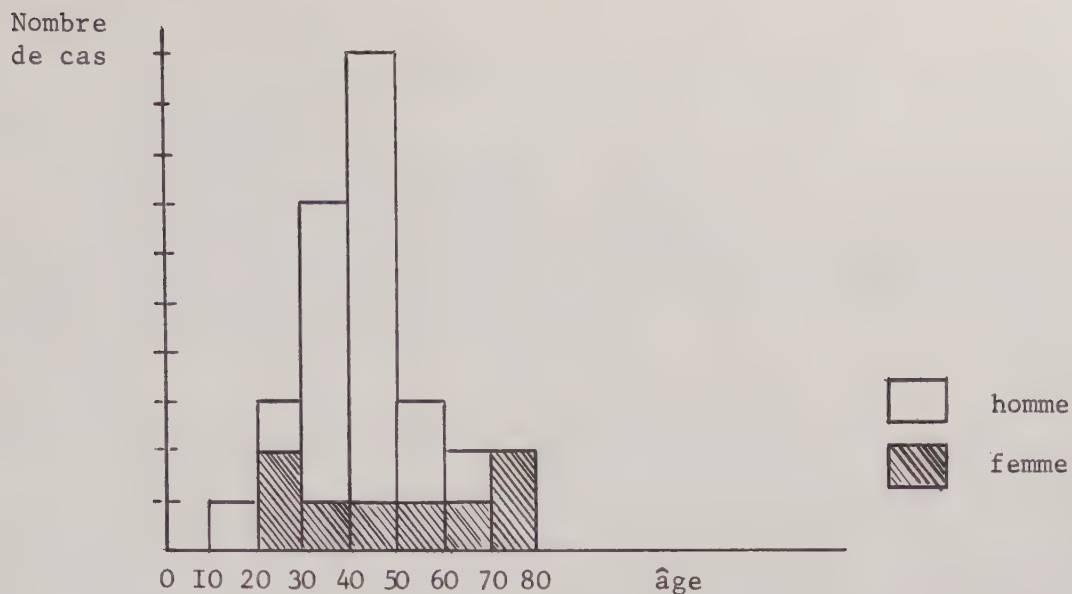
TABLEAU II

| Auteur                | 0-10ans | 11-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 |
|-----------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| COQUILLAUD<br>1967    | 0       | 2     | 2     | 34    | 33    | 21    | 3     | 0     |
| ADLOFF<br>1969        | 1       | 2     | 3     | 18    | 11    | 4     | 1     | 1     |
| SAEGESSER<br>1970     | 4       | 1     | 2     | 8     | 9     | 7     | 9     | 0     |
| ANDERSON<br>1972      |         | 2     |       | 21    |       | 11    |       |       |
| Nos obser-<br>vations | 0       | 1     | 3     | 7     | 10    | 3     | 2     | 2     |

La figure suivante nous précise la répartition selon l'âge et le sexe dans notre série d'observations.







Comme dans la littérature médicale, nous trouvons un plus grand nombre de faux-kystes entre 30 et 50 ans chez l'homme. Chez la femme les kystes sont en nombre plus réduit et répartis également sur les années.

#### LA REPARTITION SELON LES ETIOLOGIES :

TABLEAU III

| Auteur                   | Pancréatites | Traumatismes | Cancer | Indéterminé | Nombre d'obs. |
|--------------------------|--------------|--------------|--------|-------------|---------------|
| MICHOULIER<br>1958 (153) | 88%          | 4%           | 8%     |             | 26            |
| HOLLENDER<br>1963 (100)  | 54%          | 8%           |        | 38%         | 13            |
| BABIN<br>1966 (10)       | 98%          | 2%           |        |             | 46            |
| COQUILLAUD<br>1967 (41)  | 98%          | 1%           |        | 1%          | 90            |
| BIGAY<br>1969 (24)       | 86%          | 11½%         |        | 12½%        | 63            |
| ADLOFF<br>1969 (2)       | 85%          | 7%           | 2%     | 6%          | 41            |
| SAEGESSER<br>1970 (202)  | 65%          | 15%          | 5%     | 15%         | 40            |
| FORSTER<br>1971 (73)     | 82%          | 3%           | 3%     | 12%         | 69            |
| ANDERSON<br>1972 (7)     | 94%          |              | 6%     |             | 34            |
| Nos obser-<br>vations    | 97%          | 3%           |        |             | 28            |



Ce tableau met en évidence la nette prépondérance des faux-kystes dans les pancréatites.

Contrairement à MALLET-GUY et MICHOUPLIER qui trouvent en 1958 deux fois plus de pseudo-kystes chez les cancéreux que chez les traumatisés (153); ce tableau donne une moyenne de  $4\frac{1}{2}\%$  de kystes traumatiques pour  $2\frac{1}{2}\%$  de kystes d'origine néoplasique.

#### Quelles sont les pancréatites en cause ?

On ne peut guère se fier aux résultats publiés dans la littérature car les pourcentages sont trop discordants.

Sur 28 observations, nous retrouvons :

- 8 fois une pancréatite aiguë (ou un noyau de pancréatite aiguë à l'intervention)
- 12 fois une pancréatite chronique à rechutes subaiguës
- 3 fois de simples lésions de sclérose pancréatique
- 5 fois une pancréatite chronique calcifiante

#### LES FACTEURS FAVORISANTS

Ce sont surtout les facteurs qui favorisent la pancréatite.

Nous n'insisterons pas sur les nombreuses causes des pancréatites, mais nous notons la fréquence de l'éthylisme chronique qui augmente l'acidité gastrique, stimule la sécrétion pancréatique et spasme le sphincter d'Oddi.

L'enclavement oddien d'une microlithiase biliaire est plus rare :

WHITE : sur 20.000 opérés pour lithiase biliaire =  
5% de pancréatite aiguë.

Les faux-kystes d'origine traumatique sont rares : 1 cas sur 28 observations.

Certaines interventions chirurgicales notamment gastriques ou biliaires pourraient favoriser l'apparition de faux-kystes pancréatiques par lésion vasculaire (artères gastroduodénale et pancréatico-duodénale).

EASTMAN : description d'un véritable infarctus pancréatique (65).

Le diabète, l'hypertension artérielle, l'artériosclérose seraient également favorisants.



TABLEAU IV

|                                    | MALLET-GUY<br>MICHOUPLIER<br>1958 | EASTMAN<br>1961 | ROSATO<br>1963 | KAISER<br>1964 | BABIN<br>1966 | COQUILLAUD<br>1969 | ANDERSON<br>1972 | Nos observa-<br>tions |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|----------------|---------------|--------------------|------------------|-----------------------|
| Alcoolisme                         | 23%                               | 15%             | 28%            | 46%            | 30%           | 44%                | 82%              | 43%                   |
| Lithiase<br>biliaire               | 27%                               |                 | 33%            | 13%            | 20%           | 7%                 | 11%              | 28%                   |
| Intervention<br>antérieure         |                                   | 8%              |                |                | 7%            | 1%                 |                  | 10%                   |
| Diabète ou<br>lésion<br>vasculaire |                                   | 8%              | 6%             | 6%             | 2%            | 3%                 |                  | 14%                   |
| Nombre<br>cas                      | 26                                | 13              | 18             | 39             | 46            | 90                 | 34               | 28                    |

Ce tableau met en évidence parmi les malades atteints de faux-kystes pancréatiques, environ 40% d'alcoolisme avoué ou cliniquement décélable, 25% de lithiase biliaire (cette lithiase peut être bien sûr une simple coïncidence), un faible pourcentage d'interventions antérieures (certains auteurs évoquent une lésion vasculaire per-opératoire : lésion de la gastroduodénale ou de la pancréatico-duodénale. Quelques malades également présentaient un diabète ou une maladie vasculaire.

Parmi nos 28 observations, 12 malades sont de façon certaine des éthyliques chroniques, 8 présentaient une lithiase biliaire, 3 avaient été gastrectomisés et 4 cholécystectomisés, 4 malades étaient diabétiques. Nous relevons enfin 1 cas de faux-kyste traumatique.

Pour terminer ce chapitre, nous noterons un plus grand nombre de faux-kystes découverts ces dernières années. Ceux-ci seraient dus d'après FONTAINE, à l'utilisation des anti-enzymes : " l'augmentation de fréquence des pseudo-kystes est une conséquence indéniable de l'anti-enzymothérapie qui, dans la phase initiale de la pancréatite aiguë, sauve bien des malades autrefois condamnés à une mort rapide, mais ne saurait arrêter ensuite l'évolution du processus nécrotique." (72).



## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis 1957, on a admis la classification anatomique des faux-kystes du pancréas de LEGER , GUY et ROUSSET :

### - LES PSEUDO-KYSTES INTRA-PARENCHYMATEUX

restent à l'intérieur de la glande pancréatique qui est simplement déformée.

Ils peuvent se développer au niveau du corps ou de la queue du pancréas, mais ils sont plus fréquents dans la tête pancréatique où l'épaisseur du parenchyme est plus grande.

Ces kystes, fréquents dans les pancréatites chroniques, forment une masse arrondie, qui fait saillie à la surface du pancréas. Souvent, ils ne sont pas recouverts de parenchyme.

### - LES PSEUDO-KYSTES EXTRA-PARENCHYMATEUX

dépasse les limites de la glande, généralement en avant, vers l'arrière cavité des épiploons ; parfois, ils fusent très loin vers le médiastin ou la grande cavité péritonéale.

Ces collections liquidiennes intra et extra-parenchymateuses n'ont en commun que l'absence de paroi propre. Elles diffèrent par leur contexte étiologique, leurs manifestations cliniques et leur mode de traitement.

Les faux-kystes intra-parenchymateux sont fréquents dans les pancréatites chroniques.

Les faux-kystes extra-parenchymateux se voient davantage en cas de pancréatite aiguë ou traumatique.

### LA TOPOGRAPHIE :

Les faux-kystes droits sont développés à partir de la tête du pancréas ou du petit pancréas de Winslow.





Les faux-kystes gauches ont pour point de départ l'isthme, le corps ou la queue du pancréas.

TABLEAU V

| pk                       | COQUILLAUD | ADLOFF | SAEGESSER | ANDERSON | Nos observations | Total |
|--------------------------|------------|--------|-----------|----------|------------------|-------|
| Tête                     | 51         | 5      | 13        | 20       | 13               | 102   |
| Corps                    | 25         | 29     | 16        | 13       | 5                | 88    |
| Queue                    | 13         | 3      | 8         | 11       | 7                | 42    |
| Corps +<br>queue         | 12         |        | 4         |          | 4                | 20    |
| Non précisé              |            | 4      | 1         |          |                  | 5     |
| Nombre de<br>faux-kystes | 101        | 41     | 42        | 44       | 29               | 257   |
| Nombre de<br>malades     | 90         | 41     | 40        | 34       | 28               | 233   |

Les faux-kystes céphaliques sont les plus nombreux (tableau V). Les plus petits d'entre eux peuvent passer inaperçus, soit qu'ils sont muets cliniquement, soit que leur petite taille les cachent à l'attention du chirurgien.

Les kystes céphaliques sont volontiers intra-pancréatiques : dans la pancréatite chronique, la sclérose parenchymateuse entraîne une rétraction de la glande avec augmentation du diamètre antéropostérieur (réalise au maximum un " pancréas en boule ").

Un certain nombre de malades possède des kystes multiples (tableau V).

Chez ANDERSON, 26 malades avaient un seul kyste, 8 en avaient plusieurs.

Parmi nos observations, nous avons relevé 27 faux-kystes solitaires et 1 observation de 2 faux-kystes.



### LE VOLUME

Certains faux-kystes intra-parenchymateux très petits, ne sont diagnostiqués qu'en ponctionnant à l'aveugle ou sur l'examen d'une pièce opératoire.

D'autres, très volumineux peuvent contenir 2 litres, 5 litres ou davantage de liquide nécrotique.

Parmi nos 29 pseudo-kystes :

- \* 6 étaient de petite taille (moins de 4 cm de diamètre)
- \* 2 de taille moyenne (de 4 à 8 cm de diamètre)
- \* 17 étaient volumineux (tous extra-pancréatiques)
- \* 4 dont le volume n'a pas été précisé

Certains faux-kystes sont variables en volume d'un jour à l'autre. Ces tumeurs " fantômes " sont caractéristiques des faux-kystes communiquant avec les voies excrétrices du pancréas.

### LE CONTENU DU FAUX-KYSTE

Le liquide est le plus souvent roussâtre ou goudronneux, avec des séquestres pancréatiques, dans les faux-kystes nécrotiques non communicants.

Le liquide est plus fréquemment séreux dans les faux-kystes communicants.

Ces kystes peuvent être également hémorragiques ou purulents.

- La plupart de nos faux-kystes étaient nécrotiques.
- 4 étaient franchement purulents ou infectés.
- 4 étaient hémorragiques.

### LE CONTENANT DU KYSTE

Au contact de la nécrose, les organes péri-pancréatiques réagissent et donnent un tissu inflammatoire qui se collagénise progressivement. Cette pseudo-paroi fragile peut se rompre facilement.

Cependant, WARREN a montré expérimentalement qu'en quelques semaines cette enveloppe s'épaissit, se solidifie et permet chez les malades opérés tardivement les anastomoses kysto-digestives (240).



## LES RELATIONS DU FAUX-KYSTE AVEC LES CANAUX PANCREATIQUES

Comme nous le verrons plus loin, la communication ou la non communication du pseudo-kyste avec le canal de Wirsung est importante pour l'attitude thérapeutique (drainage ou exérèse).

En fait, si la communication canalaire est parfois facile à prouver, on ne peut pas être certain de la non communication.

Voici, comment se répartissent nos observations :

TABLEAU VI

|                                           |                     | tête | corps | queue | corps + queue |
|-------------------------------------------|---------------------|------|-------|-------|---------------|
| Pseudo-kystes<br>extra-pancréa-<br>tiques | 9 communicants      | 2    | 1     | 5     | 1             |
|                                           | 10 non communicants | 4    | 2     | 1     | 3             |
|                                           | 4 non précisés      | 2    | 1     | 1     |               |
| Pseudo-kystes<br>intra-pancréa-<br>tiques | 0 communicant       |      |       |       |               |
|                                           | 5 non communicants  | 5    |       |       |               |
|                                           | 0 non précisé       |      |       |       |               |

Nous constatons un plus grand nombre de kystes communicants extra-pancréatiques au niveau de la queue du pancréas, et de kystes non communicants intra-pancréatiques au niveau de la tête.

Parmi ces 5 malades (obs. 1 - 2 - 3 - 9 - 27) : 4 pancréatites chroniques, et dans l'observation 9, le faux-kyste s'est développé sur un petit foyer de pancréatite aiguë.

## LE RETENTISSEMENT SUR LES ORGANES DE VOISINAGE

dépend bien sûr de la topographie et du volume du kyste.

### \* LE RETENTISSEMENT BILIO-DIGESTIF

Comme nous le verrons au chapitre de la radiologie, l'estomac et le duodénum sont souvent les premiers à objectiver





le faux-kyste par leurs déformations. Sur 28 observations, nous avons observé 7 fois un refoulement postérieur de l'estomac, 8 fois un refoulement ou un élargissement du cadre duodénal, 6 fois une compression ou une sténose duodénale (avec parfois un syndrome subocclusif).

Nous avons constaté également 5 fois un refoulement de la voie biliaire principale.

#### \* LE RETENTISSEMENT SPLENO-PORTAL

La veine et l'artère spléniques, le tronc spléno-mésaraïque et la veine porte peuvent être comprimés par un faux-kyste. Leur lésion peut aboutir à une thrombose ou à une rupture - LEGER - (128).

Alors que seulement 2 de nos malades présentaient des signes cliniques d'hypertension portale, la spléno-manométrie ou l'iléoportographie per-opératoires ont révélé 5 fois une hypertension importante.

Au total, 10 malades présentaient une atteinte vasculaire spléno-portale.

Ces atteintes vasculaires menacent les malades d'accidents hémorragiques par rupture artérielle (comme dans l'observation 26) ou plus souvent veineuse (rupture de varices oesophagiennes).

Elles justifient quand cela est possible, une exérèse spléno-pancréatique.

#### \* LE RETENTISSEMENT PLEURAL ET PERITONEAL

Les épanchements pleuraux et péritonéaux associés à des pseudo-kystes pancréatiques sont maintenant classiques. Ils sont caractérisés par leur richesse en amylase pancréatique.

On les rencontre surtout dans les pancréatites chroniques.

Nous ne nous étendrons pas sur les multiples théories



qui veulent expliquer la présence de l'ascite et de la pleurésie enzymatiques. La théorie la plus couramment admise est celle d'un drainage lymphatique des enzymes pancréatiques, jusque dans les cavités séreuses. L'irritation provoquée par ces enzymes entraînerait ensuite un exsudat inflammatoire.

Trois de nos malades présentaient une ascite bière brune de plus de 2 litres et riche en amylase. (2048 unités W dans l'observation 10).

Nous notons également une pleurésie gauche enzymatique dans l'observation 26.

\* \* \*



## LES ASPECTS CLINIQUES

-----

### LA FORME CLINIQUE HABITUELLE

LE MODE d'APPARITION du faux-kyste dépend essentiellement de son étiologie.

- Dans la pancréatite aiguë traitée médicalement, le faux-kyste apparaît habituellement dans la période d'accalmie. Le malade est réhospitalisé souvent 2 à 3 semaines après la crise aiguë pour une douleur abdominale, un peu de fièvre et surtout pour une masse épigastrique qui est très évocatrice, étant donné le contexte clinique.  
Parfois, la crise aiguë n'est retrouvée qu'à l'interrogatoire d'un malade qui consulte pour tuméfaction abdominale.

- Dans la pancréatite chronique, la symptomatologie de début du faux-kyste se confond souvent avec la pancréatite causale.  
La collection kystique survient là aussi après une crise subaiguë avec le plus souvent un à deux mois de retard.  
Le début est difficile à préciser.

- Les faux-kystes traumatiques,  
surviennent à bas bruits, après une contusion abdominale, quelquefois passée inaperçue.  
DOUTRE : " le faux-kyste traumatique apparaît d'autant plus rapidement que le traumatisme a été sévère " (60).

### LA SYMPTOMATOLOGIE DES FAUX-KYSTES

La douleur est le symptôme le plus habituel. Nous l'avons rencontrée 25 fois chez nos 28 malades (89% des cas).

Elle est de siège épigastrique dans 70% des cas (BABIN)(10), plus rarement dans l'hypochondre gauche ou l'hypochondre droit. La douleur transfixiante, d'irradiation dorsale est rattachée à la pancréatite causale.



Une tuméfaction ou une masse abdominale palpable sont bien sûr hautement évocatrices.

Cette masse est le plus souvent épigastrique, mais elle peut fuser dans tout l'abdomen.

Nous l'avons retrouvée 15 fois (53% des cas).

Les variations de volume du faux-kyste sont classiques, mais finalement assez rares. On les explique par un drainage partiel du kyste (reperméabilisation momentanée des canaux pancréatiques ou début de fistulisation dans un organe creux voisin).

#### L'amaigrissement et l'altération de l'état général

sont assez fréquents, parfois considérables, parfois minimes. Dix de nos malades signalaient un amaigrissement de plus de 10 Kgs (35% des cas).

Mais qu'elle est la part du faux-kyste et de la pancréatite dans cette perte de poids ?

#### Les nausées et les vomissements

signalés dans la littérature se retrouvent dans 35% de nos observations : 10 malades sur 28.

On les explique par la compression gastrique ou duodénale causées par le faux-kyste.

D'autres manifestations liées à la pancréatite ou à la topographie du kyste par rapport aux autres organes peuvent compléter le tableau :

diarrhée, ictère, hémorragie digestive par hypertension portale, etc ...

Nous avons reporté sur le tableau VII les principales manifestations cliniques pré-opératoires notées chez nos 28 malades :

- \* la douleur est présente dans 89% des cas
- \* la masse abdominale dans 53% des cas
- \* les vomissements et l'amaigrissement dans 35% des cas
- \* l'ictère et l'hyperthermie sont présents dans 25% des cas

Nous remarquons sur le tableau VIII une similitude de nos pourcentages en ce qui concerne les principaux signes cliniques avec quelques auteurs.



TABLEAU VII

| OBSERVATIONS | DOULEUR | MASSE PALPABLE | AMAIGRISSEMENT | VOMISSEMENTS | ICTERE | FIEVRE |
|--------------|---------|----------------|----------------|--------------|--------|--------|
| I            | +       | +              |                |              | +      |        |
| 2            | +       |                | +              | +            |        |        |
| 3            |         | +              |                |              | +      |        |
| 4            | +       |                |                | +            | +      |        |
| 5            | +       | +              |                | +            |        | +      |
| 6            | +       |                |                |              | +      |        |
| 7            | +       | +              | +              | +            |        | +      |
| 8            | +       | +              |                |              | +      | +      |
| 9            | +       |                |                |              |        | +      |
| 10           | +       |                | +              | +            |        |        |
| 11           | +       |                | +              | +            |        |        |
| 12           | +       | +              | +              |              |        |        |
| 13           | +       | +              |                |              |        | +      |
| 14           | +       | +              |                |              |        |        |
| 15           | +       |                |                |              |        | +      |
| 16           | +       | +              |                |              |        |        |
| 17           | +       | +              |                |              |        |        |
| 18           | +       | +              |                |              |        |        |
| 19           | +       | +              |                |              | +      |        |
| 20           | +       |                |                |              | +      |        |
| 21           | +       | +              | +              |              |        |        |
| 22           |         |                | +              |              |        |        |
| 23           |         |                |                | +            |        |        |
| 24           | +       |                | +              |              |        | +      |
| 25           | +       | +              | +              | +            |        |        |
| 26           | +       |                |                |              |        |        |
| 27           | +       |                | +              | +            |        |        |
| 28           | +       | +              |                | +            |        |        |
| TOTAL        | 25      | 15             | 10             | 10           | 7      | 7      |

TABLEAU VII

| CITE | PLEURESIE | DIABETE | H T P | FISTULE | SUBOCCLUSION | ETAT DE CHOC | OLIGO-ANURIE |
|------|-----------|---------|-------|---------|--------------|--------------|--------------|
|      |           |         |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
|      |           | +       |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              | +            |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
| +    |           | +       | +     |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
| +    |           |         | +     |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
|      |           | +       |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         | +            |              | +            |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              | +            |              |
|      |           |         |       |         |              | +            |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       | +       |              |              |              |
|      |           | +       |       | +       |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
| +    |           |         |       |         |              |              |              |
|      | +         |         |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
|      |           |         |       |         |              |              |              |
| 3    | I         | 4       | 2     | 2       | I            | 2            | 2            |



TABLEAU VIII

| Symptomes                     | 1970<br>SAEGESSER | 1969<br>ADLOFF | 1967<br>COQUILLAUD | 1967<br>SARLES | 1966<br>BABIN | Nos observa-<br>tions |
|-------------------------------|-------------------|----------------|--------------------|----------------|---------------|-----------------------|
| DOULEURS                      | 90%               | 88%            | 85%                | 80%            | 85%           | 89%                   |
| MASSE ABDOMINALE              | 52%               | 69%            | 32%                | 36%            | 67%           | 53%                   |
| NAUSEES ou<br>VOMISSEMENTS    | 42%               | 19%            | 35%                |                | 35%           | 35%                   |
| DIARRHEE                      | 27%               |                | 13%                |                | 10%           |                       |
| AMAIGRISSEMENT                | 12%               | 49%            | 60%                | 5%             | 78%           | 35%                   |
| ASCITE                        | 10%               | 10%            |                    |                |               | 10%                   |
| H T P                         | 2%                |                |                    |                |               | 7%                    |
| FIEVRE                        | 7%                |                |                    | 52%            | 58%           | 25%                   |
| EPANCHEMENT<br>PLEURAL DROIT  | 7%                |                |                    |                |               |                       |
| EPANCHEMENT<br>PLEURAL GAUCHE | 5%                | 19%            |                    |                |               | 3%                    |
| ICTERE                        | 5%                | 7%             | 13%                |                |               | 25%                   |
| DIABETE                       | 5%                | 12%            |                    |                |               | 14%                   |
| HEMORRAGIE<br>DIGESTIVE       | 2%                | 2%             | 12%                |                |               |                       |
| POLYSERITE                    | 2%                |                |                    |                |               |                       |
| SUBOCCLUSION                  |                   |                | 8%                 |                |               | 3%                    |
| SPLENOMEGALIE                 |                   |                |                    | 5%             |               | 3%                    |
| Nombre de cas                 | 40                | 41             | 90                 | 19             | 46            | 28                    |

### LES FORMES TROMPEUSES

Les grands faux-kystes nécrotiques extra-pancréatiques ne posent guère de problèmes diagnostiques.

Il n'en est pas de même pour certains pseudo-kystes nécrotico rétentionnels dans les pancréatites chroniques. Ceux-ci peuvent



être totalement asymptomatiques et découverts fortuitement par le chirurgien.

C'est le cas dans les observations 9 et 20, où l'on a opéré pour lithiase biliaire.

Parfois, la douleur épigastrique qui augmente d'intensité après chaque repas, évoque un ulcère. Cette douleur pseudo-ulcéreuse existait dans l'observation 2, mais le contexte pancréatique était connu.

Il arrive qu'un faux-kyste sous tension soit d'une telle fermeté qu'il en impose pour une tumeur solide : on pense bien sûr au cancer du pancréas.

Certaines collections à développement extra-pancréatiques peuvent égarer le diagnostic.

- HODSON, WALKER et WOODS en 1970, rapportent le cas d'un malade qui présentait des masses inguinales bilatérales et fluctuantes avec à la biopsie de la cytotéatonecrose. Malheureusement, la preuve radiologique de l'origine pancréatique n'a pas été apportée.

- Le malade décrit par SALVO en 1973, a été opéré pour hernie inguinale droite étranglée. Pas de sac herniaire, mais on trouve de la stéatonecrose sous-cutanée et des calcifications pancréatiques sur l'abdomen sans préparation. La fistulographie faite par l'orifice inguinal voit couler le produit de contraste jusqu'à la tête du pancréas (205).

- PENN (et collègues) en 1972, décrit un abcès rénal au niveau d'une cavité pyélique, correspondant avec le pancréas par voie rétro-péritonéale.

---

\* - HODSON, WALKER N.J. et WOODS J.M.- Acute pancreatitis with peripheral fat necrosis.- Canad. Med. ass. J., 103, 382, 1970.

\* - PENN I., DUROT A.L., MACHADO M., HALGRIMSON C.G. et STARZL T.E.- Acute pancreatitis and hyperamylasemia in renal homograft recipients.- Arch. Surg., 105, 167, 1972.







- LEGER en 1970, rapporte deux observations de dysphagie avec altération de l'état général. Les investigations paracliniques ont abouti au diagnostic non pas de sténose néoplasique, mais de faux-kyste médiastinal comprimant le bas oesophage (129).
- Le malade décrit par SYBERS en 1968, présentait un faux-kyste médiastinal avec une fusée jusque dans la région jugulo-carotidienne droite, sous la mastoïde (224).

Nous voyons que dans de tels cas, nous sommes bien loin du pancréas et de la symptomatologie pancréatique. Le diagnostic pourra s'égarer si la pathologie abdominale est discrète.

#### LES FORMES COMPLIQUEES

L'évolution des faux-kystes du pancréas est imprévisible. Certaines collections de volume modéré auraient régressé et guéri spontanément. Cependant, l'évolution spontanée se fait en règle vers une complication.

BABIN en 1966, avait remarqué que la moitié des malades se présentent d'emblée avec un faux-kyste compliqué (10).

Nous éliminerons de ces complications, les manifestations dues à la compression d'un organe de voisinage (compression gastrique, duodénale, ou biliaire), ainsi que les diabètes insulino-prives, qui peuvent se voir dans une banale pancréatite.

Nous avons observé dans notre série :

- \* 4 pseudo-kystes hémorragiques avec 1 anémie aiguë .....14%
- \* 4 infections purulentes du faux-kyste .....14%
- \* 1 fistulisation dans un organe creux + 1 menace de  
fistulisation dans le colon et l'estomac ..... 7%
- \* 1 épanchement pleural enzymatique ..... 3%
- \* 3 ascites enzymatiques .....10%

Nous n'avons pas constaté d'hémorragie dans le tube digestif.



## LES EPANCHEMENTS PLEURAUX

La " pleurésie pancréatique " décrite par WERNER en 1942, peut se voir dans la pancréatite chronique banale, mais également dans les faux-kystes pancréatiques. (BICKFORD 1948).

BERTRAND en 1969 (21), à l'aide de 2 observations personnelles et de 59 observations empreintées à la littérature, a noté que :

- dans 45% des cas, la pleurésie est révélatrice de l'atteinte pancréatique qui est muette par ailleurs.

D'où la valeur des dosages enzymatiques dans le liquide de ponction (DENANOT, Thèse Tours 1973).

- Dans 28% des cas, la douleur pancréatique prédomine et l'épanchement pleural est une découverte radiologique.

- L'épanchement est à gauche (53%), à droite (28%), ou bilatéral (19%). Il est toujours riche en amylase et intarissable malgré des ponctions évacuatrices répétées.

- La propagation des enzymes se fait soit par voie lymphatique (Puits de Ranvier, canal thoracique), soit directement par voie trans-diaphragmatique, soit par les orifices aortico-oesophagien, soit enfin directement à travers le muscle.

Au niveau de la plèvre, les sécrétions pancréatiques provoquent une inflammation et perforent la séreuse : véritable fistule pancréatico pleurale.

C'est le cas le plus fréquent dans les pseudo-kystes.

Nous verrons plus loin le traitement de ces pleurésies pancréatiques.

Nous avons noté 1 cas de pleurésie enzymatique parmi nos 28 observations.

## L'ASCITE ENZYMATIQUE

Nous ne reviendrons pas sur la pathogénie vue précédemment ni sur les manifestations cliniques de cette ascite.



Nous l'avons trouvée 3 fois dans les observations 7 - 10 et 25, associée avec des signes d'hypertension portale. Dans l'observation 7, la compression manuelle du kyste s'est traduite par un remplissage des gouttières de déclivité, traduisant peut-être une petite fissuration du kyste.

Nous notons la richesse enzymatique du liquide d'ascite :

- 2048 uW dans l'observation n°10 -

#### LA RUPTURE OU LA FISTULISATION D'UN FAUX-KYSTE

Selon les auteurs américains, GROVER, GULATI et TANEJA (92) - SHATNEY et SOSIN en 1973 (214), la rupture spontanée des faux-kystes pancréatiques se fait avec une même fréquence dans un viscère creux ou dans la cavité péritonéale.

Dans les deux cas, ce sont les mêmes facteurs qui interviennent.

BERNE et EDMONSON, ont remarqué que la fistulisation survient tardivement dans l'évolution d'une pancréatite et sur 18 faux-kystes fistulisés dans le colon, 15 étaient des abcès péri-pancréatiques (20). Ils en ont conclu que le phénomène est lié à l'infection du faux-kyste et non pas à l'inflammation pancréatique.

En fait, d'autres facteurs interviennent :

- La perforation du kyste par l'activité protéolytique du liquide n'a pas été prouvée.

- La pression intra-kystique joue un rôle important.

HANNA cite un cas de rupture après une palpation abdominale.

L'augmentation brutale de volume du kyste doit bien sûr faire craindre sa rupture (97).

Les ruptures spontanées en péritoine libre et dans un viscère creux (l'estomac, par exemple), sont deux choses très différentes.



\* La rupture intra-péritonéale

est un drame abdominal qui aboutit à une péritonite chimique avec des troubles métaboliques graves, un état de choc et souvent une infection redoutable :

HANNA .... 70% de mortalité (97)

KOUCKY, BECK et TOOD .... 60% de mortalité (122)

Actuellement, ce pourcentage de mortalité tend à diminuer :

33% selon SHATNEY et SOSIN.

On peut évoquer la perforation d'organe creux si le faux-kyste n'est pas connu ; mais il n'y a pas de croissant gazeux sous-diaphragmatique.

\* La perforation d'un faux-kyste dans un organe creux

s'accompagne habituellement d'une douleur, de nausées, de vomissements et de diarrhée.

La disparition de la masse abdominale est très évocatrice (obs. 25 et 28).

Lorsque cette perforation spontanée n'est pas hémorragique, l'état général du malade s'améliore souvent et le faux-kyste peut guérir.

C'est le cas dans notre observation n°28 où le pseudo-kyste s'est perforé après un transit baryté, (augmentation de pression au niveau du kyste ?) et a guéri.

Le drainage est souvent insuffisant ; l'orifice trop étroit pour évacuer les séquestres pancréatiques peut se boucher et le faux-kyste récidive (tumeurs fantômes de volume variable).

Beaucoup plus rarement, la collection liquidienne peut se fistuliser dans deux viscères différents.

SHATNEY et SOSIN en 1973, ont décrit une double perforation dans le côlon et dans le duodénum. (214).





Dans nos observations 5 et 21, un faux-kyste était en voie de fistulisation vers l'estomac et le côlon transverse.

- ZELLER en 1966, décrit un cas de rupture de pseudo-kyste dans la veine porte avec de la cytotéatonecrose généralisée (246).

Cette complication s'explique aisément par les rapports étroits de certains faux-kystes avec les gros vaisseaux : dans notre observation n°1, nous avons noté la présence de la veine porte dans la paroi postéro-externe du kyste.

### LES HÉMORRAGIES PRE-OPÉRATOIRES

#### \* Les hémorragies digestives

par hypertension portale segmentaire : HEPP et MERCADIER sur 32 faux-kystes, ont noté 6 fois une hypertension portale avec un cas d'hémorragie digestive grave (101).

Nous avons noté dans notre série, 5 hypertensions portales sans aucune hémorragie digestive.

#### \* Les hémorragies intra-kystiques

Ces hémorragies ont fait l'objet de plusieurs études à partir de 1966, où BUCKMAN a rapporté 2 cas de faux-kystes pulsatiles par rupture artérielle intra-kystique. (31)

- C'est KADELL et FONTAINE qui ont fait le premier diagnostic pré-opératoire d'hémorragie intra-kystique en 1957, par l'artériographie sélective.

- HOVASSE en 1972, note que 55% des pseudo-kystes hémorragiques sont localisés dans la tête pancréatique (plus grande richesse vasculaire de la portion céphalique), et qu'il s'agit presque toujours d'une hémorragie artérielle : la rareté de l'hémorragie veineuse viendrait de remaniements vasculaires et de thromboses au contact du faux-kyste (105).



Les hémorragies intra-kystiques sont expliquées par la nécrose parenchymateuse et l'activité enzymatique, qui pourront effondrer les barrières vasculaires :

- LEGER a démontré que le suc pancréatique contient de la trypsine active, même dans la pancréatite chronique sans poussée évolutive.

La trypsine hydrolyse les tissus conjonctifs de la tunique externe des gros vaisseaux.

L'élastase entraîne la nécrose de la tunique élastique et attaque l'endartère.

On peut incriminer également la lésion vasculaire par compression. Le mauvais retour veineux (thromboses) et la pression intra-kystique favoriseraient l'ulcération ou la rupture vasculaire.

- WARD évoque le rôle de la lithiase pancréatique dans l'hémorragie intra-kystique (105).

- Dans une observation de MERCADIER d'un petit faux-kyste avec un gros calcul, il y avait section de l'artère gastroduodénale.

Nous avons noté 4 hémorragies intra-kystiques dans les observations 4 - 13 - 17 et 26.

Dans l'observation 26, on trouvait une anémie à 1.600.000 globules rouges, dûe au saignement d'une branche de l'artère splénique.

Dans l'observation 17, le malade était en état de choc hémorragique (faux-kyste sous tension, contenant 2 litres de sang).

Ces malades sont des urgences chirurgicales pour lesquelles le premier geste à faire est une hémostase soigneuse de la " paroi " de l'hématome.



L'hémorragie intra-kystique avec rupture secondaire dans l'estomac ou l'intestin est une des rares causes d'hémorragies digestives massives.

DALTON en 1970, a décrit le second cas entraînant une hémobilie (46).

### L'INFECTION DU PSEUDO-KYSTE

Comme nous le verrons plus loin, la suppuration intra-kystique intervient dans le choix thérapeutique.

Le faux-kyste s'infecte le plus souvent lors d'un drainage ou d'une fistulisation transitoire dans le tube digestif : les germes en cause sont donc des entéro-bactéries.

Parmi nos 28 observations, 3 faux-kystes étaient franchement purulents (obs. 5 - 9 et 23).

Dans l'observation n°4, la culture a révélé la présence de Klebsiella (pk nouvellement infecté ?).

Tous les auteurs s'accordent sur le fait que l'infection favorise l'hémorragie et les perforations de pseudo-kystes ...

BERNE et EDMONSON ... sur 18 cas de faux-kystes fistulisés dans le colon, 15 sont des abcès péri-pancréatiques (20).

SUTTON et LUZZATO ... ont décrit le cas d'une femme atteinte de plusieurs faux-kystes infectés du pancréas avec une perforation diaphragmatique et une fistule pleurale : pleurésie purulente - 1 litre de pus (constatation d'autopsie).

Dans notre observation n°5, l'abcès pancréatique était en voie de fistulisation vers le <sup>co</sup>lon et vers le moignon gastrique.





### LES COMPLICATIONS SPLENIQUES

MOREAU, BISMUTH puis LEGER, ont décrit des lésions de la rate par le développement d'un faux-kyste du pancréas : rupture, nécrose ou pseudo-kyste splénique.

Nous n'insisterons pas sur d'autres complications qui peuvent accompagner un faux-kyste et qui peuvent se voir dans la pancréatite chronique banale, notamment l'ictère et le diabète.

On comprend aisément à la description de ces multiples formes cliniques, la nécessité de compléter le bilan par des investigations paracliniques avant d'envisager le traitement chirurgical.

\* \* \*



## LES INVESTIGATIONS COMPLEMENTAIRES

Hormis les cas où la laparotomie s'impose d'urgence, il est indispensable de compléter le bilan par des recherches paracliniques, qui vont confirmer la présence du faux-kyste et préciser sa topographie.

### LA BIOLOGIE

- Il n'y a pas de diagnostic biologique : Dans les faux-kystes du pancréas, l'amylasémie est normale ou basse ; cependant, une amylasémie et une amylasurie qui tardent à se normaliser après une poussée de pancréatite doivent faire évoquer la constitution d'un faux-kyste (JORDAN et HOWARD, 1966) (111).

- Il convient de rechercher un diabète et surtout un état pré-diabétique qui peut apparaître en même temps que le pseudo-kyste. La bilirubinémie précisera la nature rétentive d'un ictère. Une hyperleucocytose importante fera penser à une suppuration intra-kystique.

Explorer enfin les fonctions hépatiques est indispensable chez les grands éthyliques.

### LA RADIOLOGIE PRE-OPERATOIRE

#### LES RADIOGRAPHIES PULMONAIRES

Elles ne servent pas au diagnostic bien que certains faux-kystes de la queue pancréatique puissent surélever l'hémicoupe gauche.

Elles peuvent surtout dépister un épanchement pleural.

#### LES RADIOGRAPHIES D'ABDOMEN SANS PREPARATION

Une opacité arrondie qui refoule autour d'elle les images aériques normales, peut évoquer un kyste ou un faux-kyste pancréatique.



Plus souvent, on remarquera la présence de calcifications dans la loge pancréatique, avec parfois, un défaut qui correspond à la cavité kystique.

Nous avons trouvé une pancréatite chronique calcifiante dans cinq observations (10 - 11 - 12 - 14 et 16).

#### LE TRANSIT BARYTE OESO-GASTRO-DUODENAL

Cet examen très précieux doit comporter toutes les incidences qui peuvent mettre en évidence un gros pancréas (clichés de face pour le duodénum, de profil en décubitus dorsal pour l'estomac).



Image de compression gastro-duodénale (faux-kyste céphalique).



Il a été réalisé 18 fois chez nos 28 malades.

\* 7 fois il a révélé un refoulement postérieur de l'estomac. Le kyste était 4 fois de localisation corporeale (obs. 16, 18, 25 et 28) ; 1 fois corporéo-caudale (obs. 13) ; et 2 fois de localisation céphalique (obs. 10 et 19).

\* Le cadre duodénal était élargi ou arrondi dans 6 cas. 4 fois le faux-kyste était céphalique (obs. 3, 11, 12 et 21) ; mais dans 2 observations (obs. 8 et 23), les modifications duodénales étaient en rapport avec la pancréatite céphalique et non avec le faux-kyste caudal.

\* Nous avons trouvé 2 fois une sténose duodénale (obs. 2 et 26), et dans l'observation 5, une absence d'opacification de l'anse afférente.

\* Dans 2 cas, les radiographies gastroduodénales étaient normales. Dans l'observation 7, il existait pourtant un volumineux faux-kyste rétro-gastrique, mais de faible pression intra-kystique.

LIOTTA en 1954, a préconisé la duodénographie hypotonique qui permet un moulage plus intime du duodénum sur la tête pancréatique.

De ces observations, nous concluons que la majorité des faux-kystes corporeaux donnent des images de refoulement postérieur de l'estomac, alors que les faux-kystes céphaliques donnent plus volontiers des images de ballonnisation ou de sténose duodénale.

Des faux-kystes volumineux peuvent cependant passer inaperçus sur le transit baryté. Celui-ci n'objective pas une éventuelle fusée à distance. (obs. 10).

#### LE LAVEMENT BARYTE

Il peut montrer des images de compression extrinsèque du côlon transverse ou de l'angle gauche, dans les kystes du corps et de la queue pancréatique.





Cette compression peut à la limite donner un syndrome occlusif comme dans une observation de TESTART (226).

#### LA CHOLANGIOGRAPHIE INTRA-VEINEUSE

Elle est pratiquée plutôt que la cholécystographie.

Elle permet de reconnaître dans certains cas, une compression ou un refoulement de la voie biliaire principale, avec parfois une dilatation sus-jacente.

Cette biligraphie a été réalisée 10 fois, nous n'avons observé que 2 fois un refoulement extrinsèque du bas cholédoque (faux-kystes céphaliques, obs. 6 et 28).

#### L'UROGRAPHIE INTRA-VEINEUSE

Elle n'a guère d'utilité dans le diagnostic d'un faux-kyste, mais elle peut signaler l'abaissement d'un rein jusque dans le pelvis.

#### LES EXAMENS ANGIOGRAPHIQUES

Ce ne sont pas des examens anodins; ils peuvent cependant être très utiles en cas d'hypertension portale ou lorsqu'on suspecte une hémorragie intra-kystique.

#### \* La splénoportographie avec manométrie.

En 1961, LEGER a insisté sur la fréquence des lésions de la veine splénique au cours des faux-kystes pancréatiques (128).

Celui-ci a fait réaliser des splénoportographies systématiques. Il a signalé en 1971 :

73% d'anomalies de la veine splénique qui sont classées en trois stades ...

- le stade 1 correspond à un aspect " raboté ou laminé " de la veine splénique.
- dans le stade 2, ce vaisseau est partiellement obstrué.
- le stade 3 équivaut à une obstruction complète de la veine avec hypertension portale et circulation collatérale.



LEGER a insisté sur la fréquence des stades 2 et 3 au cours des faux-kystes extra-parenchymateux (130).

La présence de telles lésions vasculaires plaide en faveur de l'exérèse kysto-pancréatique.

Actuellement, à la splénoportographie, nous préférons les artériographies sélectives.

\* L'artériographie sélective coeliaque et mésentérique.

C'est la plus couramment pratiquée : elle a été réalisée 11 fois chez nos malades, par cathétérisme d'une artère fémorale.

- 4 fois le faux-kyste fut localisé par une image d'en-corbellement ...  
dans l'observation 3 par exemple, les artères pancréatique et gastroduodénale circonscrivent une tumeur avasculaire de la tête du pancréas.
- Parfois, l'artère est simplement incurvée ou étirée par la collection liquidienne ...  
dans l'observation 2, l'artère gastroduodénale décrit une courbe arciforme à concavité gauche, en regard de calcifications pancréatiques.
- On peut remarquer une image d'amputation d'un vaisseau :  
2 fois l'artère gastroduodénale n'est pas injectée.  
Chez le malade en anémie aiguë de l'observation 26, l'image d'amputation d'une branche de l'artère splénique conduit au diagnostic de faux-kyste hémorragique.
- Certaines collections liquidiennes très volumineuses, peuvent faire observer en artériographie mésentérique, le déplacement d'un ensemble de vaisseaux ...  
dans l'observation 7, tout l'axe mésentérique est dévié vers la moitié droite de l'abdomen, par un volumineux faux-kyste gauche.





Obs.1 - Surélévation de l'artère hépatique et disparition de la gastro-duodénale



Obs.3 - Image d'encorbellement entre l'artère gastro-duodénale et la pancréatico-duodénale supérieure droite.





Obs.7  
Déplacement à droite de  
l'axe mésentérique par  
une volumineuse masse  
abdominale gauche.



Les faux-kystes céphaliques laissent habituellement leur empreinte sur l'artère gastroduodénale. L'artère hépatique commune est intéressée moins fréquemment (obs. 1).

Les faux-kystes médians peuvent retentir sur l'artère pancréatique dorsale dont les branches sont écartelées par la collection (DOUTRE) (60).

Les faux-kystes caudaux refoulent les artères splénique et coliques.

\* L'artériographie sélective de l'artère rénale.

Chez un de nos malades (obs. 24), cet examen montrait l'abaissement de l'artère rénale gauche et la compression du pôle supérieur du rein.





Obs.24 - Image de compression extrinsèque  
du pôle supérieur du rein gauche.

L'artériographie sélective au temps artériel peut donc compléter le diagnostic topographique du faux-kyste, et surtout faire le bilan des lésions vasculaires.

Le temps parenchymateux n'apporte rien ; par contre, le retour veineux est d'un grand intérêt chez le malade atteint d'hypertension portale ... images vasculaires en faveur de l'exérèse spléno-pancréatique (LEGER) (130).

#### LA LYMPHOGRAPHIE

Elle a été étudiée par SARLES, PIETRI et leurs collaborateurs, dans les pancréatites. En cas de faux-kyste du pancréas, l'opacification lymphatique peut donner des images de compression des canaux rétro-pancréatiques avec distension sous-jacente. Quatre observations ont été décrites par LEGER en 1971 (130) ; mais il faut bien dire que la lymphographie n'est pas un examen habituel dans le bilan des pseudo-kystes du pancréas.



### LES EXAMENS ISOTOPIQUES

L'exploration scintigraphique du pancréas (BLAU, BENDER et MENSKE) fait rarement partie du bilan pancréatique.

Selon BRET - 1975 (29), la majorité des faux-kystes échappent à l'exploration isotopique.

Cependant, LEGER sur 36 scintigraphies à la séléno-méthionine a trouvé 13 fois un trou de fixation, qui correspondait à un pseudo-kyste (130). Chez ces 13 malades, la cavité était largement extériorisée de la glande. Chez 20 malades porteurs de kystes intra-parenchymateux, les anomalies isotopiques étaient celles de la pancréatite causale.

Une de nos malades (obs. 10), a bénéficié d'une scintigraphie hépatique au technétium et d'une scintigraphie au sélénium 75 :

La soustraction électronique a mis en évidence une hypofixation pancréatique sans étude morphologique précise.

L'intérêt de cette méthode est surtout de préciser la valeur fonctionnelle du pancréas.

### LA PNEUMO-STRATIGRAPHIE (SANSONE, MACARINI et OLLIVA).

Après pneumo-péritoine et rétro-pneumo-péritoine, les coupes tomographiques frontales et sagittales et surtout l'incidence axiale transverse de VALLEBONA (LEVRAT et BRET) peuvent décélérer des cavités pseudo-kystiques de petit volume.

Cette méthode désagréable pour le malade est pratiquement abandonnée.

### L'ECHO-TOMOGRAPHIE ULTRA-SONORE

Selon WEILL, cette méthode est fiable à près de 100% dans le diagnostic des faux-kystes pancréatiques (29).

BRET en 1975 ... " dans le dépistage des pseudo-kystes, l'échographie prend tout son intérêt puisqu'une collection liquidienne d'un diamètre supérieur à 2 cm, ne peut échapper à une exploration convenable de la cavité abdominale." (29)





Cette méthode d'exploration pré-opératoire peut être gênée par l'obésité du malade et la présence de gaz gastro-intestinaux.

Elle représente néanmoins, un examen d'avenir.

#### LES EXAMENS ENDOSCOPIQUES

##### \* La gastro-duodénoscopie

Elle peut être utile si l'on soupçonne une fistulisation du faux-kyste dans l'estomac ou le duodénum.

##### \* La cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique

Cet examen radiologique, bien étudié par ENGELHOLM et CREMER, peut réaliser une véritable kystographie pré-opératoire :

La papille est repérée et cathétérisée par un duodéno-cope à vision latérale. L'injection d'un produit de contraste hydrosoluble sous contrôle télévisé permet d'obtenir une cartographie biliaire et pancréatique.

Cette méthode intéressante nécessite un opérateur entraîné.

##### \* La laparoscopie

Elle a été réalisée 3 fois dans notre série.

Elle a confirmé dans les observations 3 et 27, la présence du faux-kyste et l'inflammation loco-régionale.

Il est bien sûr hors de question, d'imposer à un malade toute cette série d'examens paracliniques. Nous insisterons sur la valeur du transit baryté gastroduodénal, de la cholangiographie intra-veineuse et des artériographies sélectives qui précisent l'emplacement, le volume du faux-kyste et la vascularisation péri-pancréatique.





## T R A I T E M E N T

Tous les auteurs s'accordent sur la nécessité de traiter les faux-kystes pancréatiques par la chirurgie.

L'acte chirurgical doit toujours commencer par une longue exploration clinique et radiologique. Il convient en effet, de préciser les caractères anatomiques exacts des faux-kystes connus, et surtout de rechercher les petites cavités qui ont pu échapper au bilan pré-opératoire et qui sont des facteurs de récurrence ou de complication.

### LES EXPLORATIONS PER-OPERATOIRES \* \* \* \* \*

#### L'EXPLORATION MACROSCOPIQUE

##### \* La voie d'abord

la plus couramment employée est l'incision médiane sus ombilicale prolongée de quelques centimètres sous l'ombilic. Les incisions para-médianes, transversales ou sous-costales sont rarement utilisées.

##### \* A l'ouverture de la grande cavité péritonéale

on peut découvrir :

- un liquide d'ascite dont la couleur brunâtre évoque l'origine pancréatique. Ce fut le cas dans les observations 7, 10, et 25 (plus de 2 litres d'ascite). Le liquide peut être hémorragique ou purulent, très rarement gélatineux.
- une inflammation régionale avec de fréquentes adhérences.
- des nodules de cytotéatonecrose sur les viscères et les épiploons.
- une lithiase biliaire.
- des signes intra-abdominaux d'hypertension portale.
- une cirrhose hépatique, etc ...



\* La découverte du faux-kyste

- La collection pseudo-kystique peut être évidente...

C'est le cas des volumineux faux-kystes extra ou intra-parenchymateux.

- Les petits faux-kystes noyés dans la pancréatite chronique sont difficilement décelables.

On conçoit aisément la nécessité d'exposer et de palper la totalité du pancréas, après décollement duodéno-pancréatique.

Dans 2 observations, (5 et 10), l'effrondement du petit épiploon et du ligament gastrocolique fut difficile du fait des adhérences de la collection avec l'estomac et la rate.

- La plupart des faux-kystes dans notre série, ont été diagnostiqués dans la période pré-opératoire.

Ce n'est pas le cas, lorsque le malade est opéré d'urgence sans examen préalable (obs. 4), ou lorsque le faux-kyste n'apparaît pas sur les radiographies.

Dans les observations 8, 9 et 20, le faux-kyste fut véritablement une découverte, alors qu'on opérait pour lithiase biliaire.

L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE PER-OPERATOIRE

Elle est primordiale pour poser l'indication thérapeutique.

LE CONTROLE RADIO-MANOMETRIQUE DES VOIES BILIAIRES.

Depuis les travaux de MALLET-GUY et de CAROLI, cette radio-manométrie est un temps essentiel de l'exploration du pancréas.

En matière de faux-kyste, cet examen est utile surtout lorsque la collection liquidienne est localisée à la tête du pancréas. On recherche une éventuelle compression biliaire par la tumeur, ou la lithiase cholédocienne qui a déterminé la pancréatite initiale par enclavement oddien (syndrome d'Opie).



La cholangiographie per-opératoire a été réalisée 17 fois chez nos malades.

- 3 fois seulement, le bas cholédoque était refoulé ou déformé par un faux-kyste céphalique (obs. 1, 2 et 4).
- 1 fois la voie biliaire principale était simplement dilatée.
- dans un seul cas, le passage duodénal se faisait à pression élevée (28 cm d'eau dans l'observation 21).
- une micro-lithias biliaire a été retrouvée 6 fois, dont 3 lithiases vésiculaires, 1 lithias du cystique, et 2 lithiases cholédociennes (obs. 15 et 19).

#### LA KYSTOGRAPHIE PER-OPERATOIRE.

Le liquide kystique est prélevé partiellement par ponction directe à l'aiguille, et envoyé au laboratoire d'analyse.

Ce liquide est remplacé par une quantité équivalente de produit de contraste.

Les clichés permettent d'apprécier le volume réel du faux-kyste, de découvrir d'éventuelles fusées à distance (obs. 5, 10, 21 et 25), et surtout de mettre en évidence une possible communication du kyste avec le canal de Wirsung.

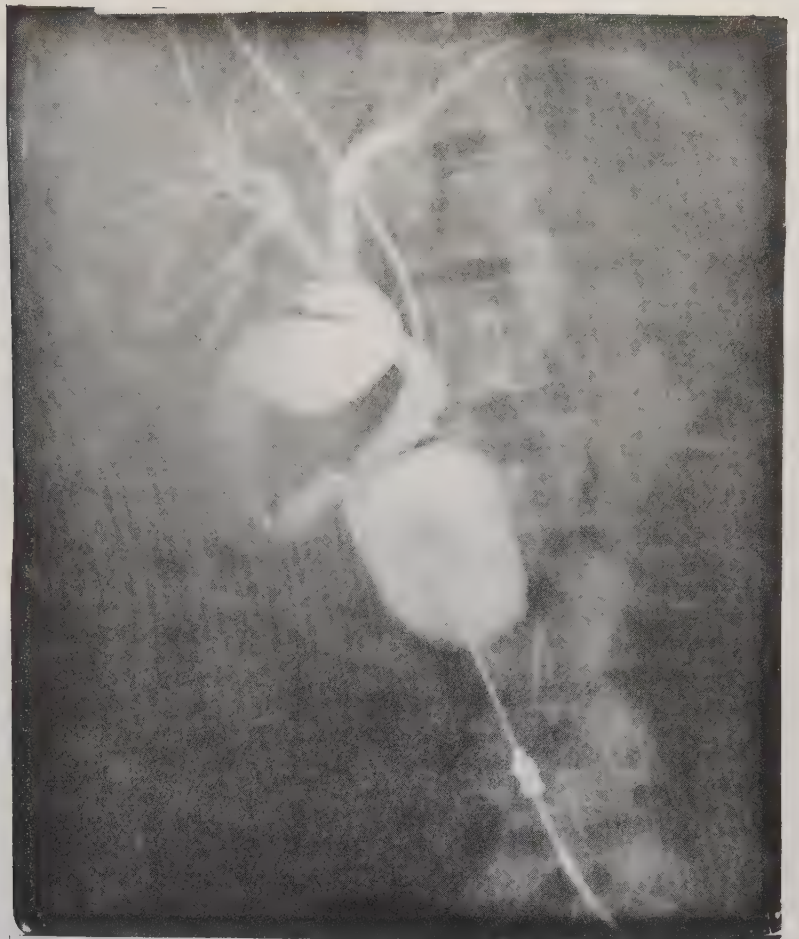
La kystographie est un examen facile à réaliser et de grande valeur. Ses données sur la non communication avec les voies pancréatiques ne sont pas formelles, mais elles sont quand même primordiales pour l'attitude chirurgicale.

Pendant l'intervention, l'injection simultanée des voies biliaires et du faux-kyste sur les mêmes clichés, permet d'apprécier les rapports de la cavité avec le cholédoque, et de faire la part de la pancréatite dans la compression cholédocienne.

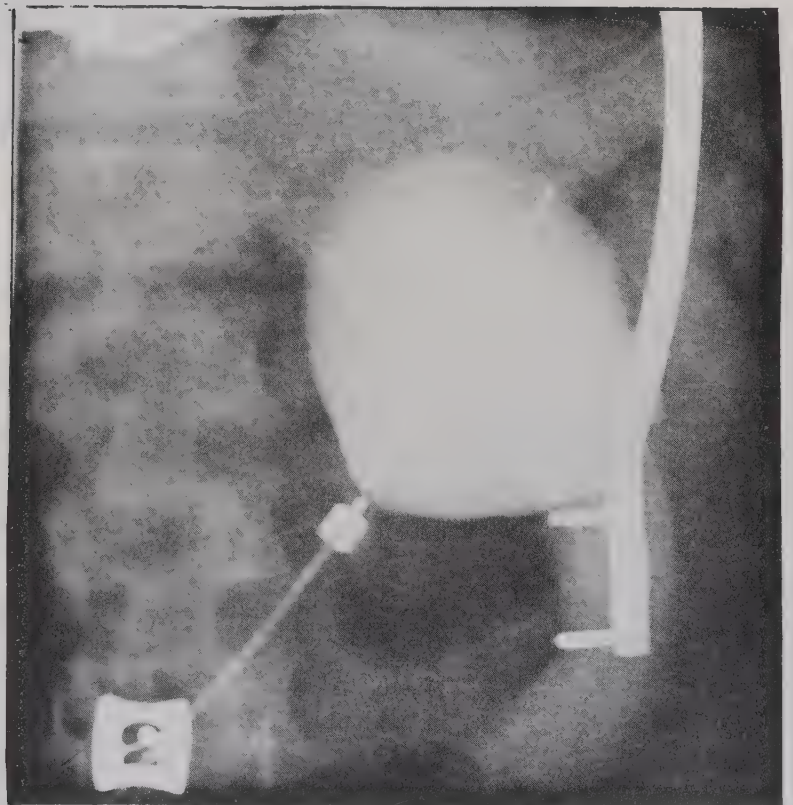




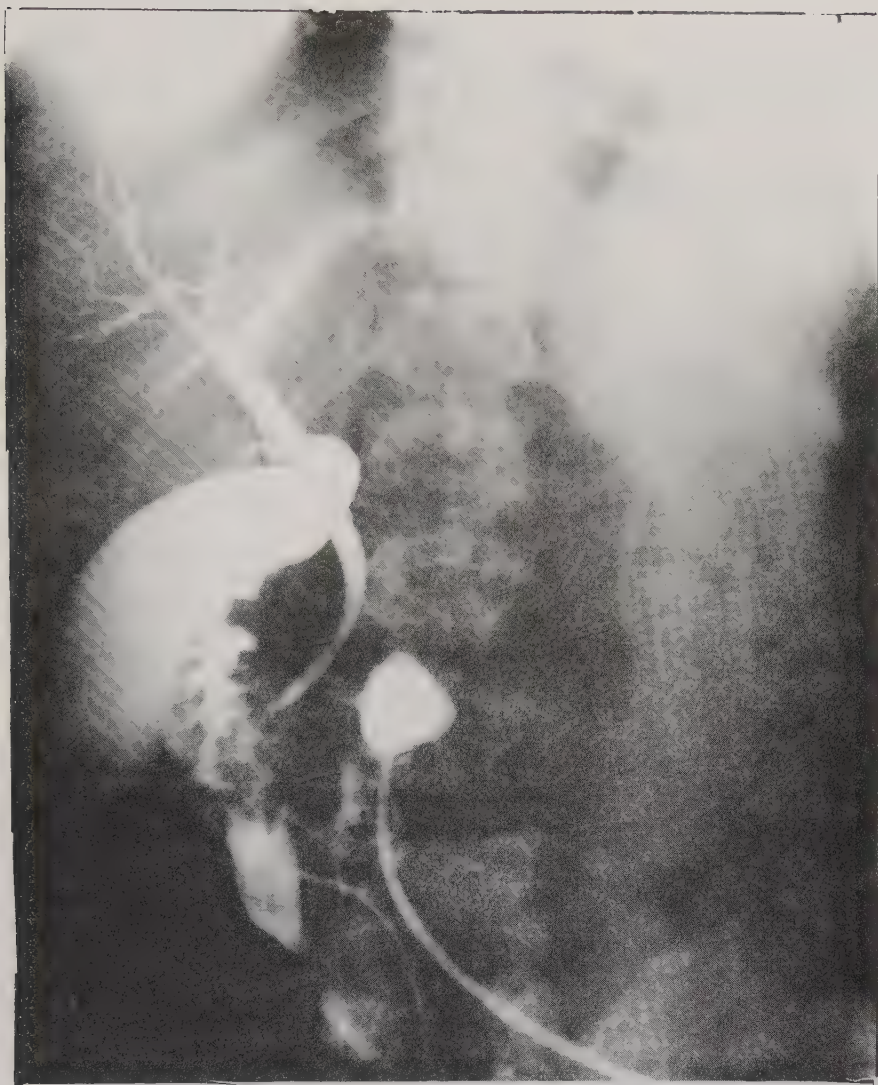
Obs.2- Faux-kyste  
céphalique déformant  
et comprimant le bas  
cholédoque.



Obs.24 - Volumineux  
faux-kyste gauche  
donnant une compression  
du pôle supérieur  
du rein.  
(Voir page 38)







Obs.27 - Kystographie et cholangiographie  
per-opératoires





Si la déformation de la voie biliaire principale est le seul fait de la tumeur kystique, le cholédoque retrouve progressivement son trajet et son calibre normaux, lorsque l'on vide le faux-kyste.

La cholangiographie et la kystographie ont été associées dans la plupart de nos observations.

#### \* La manométrie kystique

La pression intra-kystique peut être élevée (30 cm d'eau dans l'observation 1), ou au contraire faible (obs. 7).

Une pression élevée est bien sûr en faveur d'une communication canalaire, mais pas obligatoirement, car l'appel liquidien par pression oncotique et l'hémorragie augmentent cette pression.

#### LA WIRSUNGOGRAPHIE PER-OPERATOIRE.

Elle peut être réalisée directement par ponction du Wirsung dans la région de l'isthme pancréatique. En pratique, cet examen n'est réalisable que lorsque le canal est dilaté (obs. 23).

- La Wirsungographie par voie descendante  
peut être réalisée par injection du Wirsung après pancréatectomie gauche.
- La pancréatographie rétrograde.  
Le Wirsung est cathétérisé et opacifié à contre courant et à faible pression, après duodénotomie et sphinctérotomie oddienne.

Cette opacification des canaux pancréatiques peut mettre en évidence, un petit faux-kyste passé inaperçu, et surtout, les lésions canalaires, facteurs de rechute.



## LA SPLENOPORTOGRAPHIE AVEC RADIO-MANOMETRIE.

Elle a été réalisée 4 fois à la période opératoire (obs. 1, 2, 7 et 21), et 3 fois elle a fait observer une hypertension portale segmentaire.

Dans l'observation 21, il existait un stade I selon la classification de LEGER.

L'iléoportographie a été pratiquée 1 fois (obs. 27) : elle a l'avantage de donner la pression spléno-portale en épargnant la rate.

## L'EXAMEN DE LA CAVITE PSEUDO-KYSTIQUE

Cet examen est également primordial pour la conduite à tenir thérapeutique.

La cavité est ouverte et explorée. L'examen de la " paroi " appréciera soit une fragilité importante, facteur de rupture, soit au contraire la solidité d'un tissu de granulation qui permettra la suture avec un organe voisin. (kysto-anastomose). L'opérateur recherche bien sûr, un ou deux orifices wirsungiens et assure l'hémostase des parois du kyste.

L'agression enzymatique de certains vaisseaux peut aboutir, comme nous l'avons vu au chapitre de la pathogénie, à un véritable infarctus pancréatique.

Hors, nous avons observé à deux reprises (obs. 5 et 8), que de gros vaisseaux peuvent traverser une cavité nécrotique sans dommage apparent.

Il est probable, que certains vaisseaux sont plus résistants que d'autres, et que leur résistance chimique dépend de l'épaisseur de leur paroi et de leur vascularisation propre par les " vasa vasorum ".





## LES METHODES DE TRAITEMENT (faux-kystes non compliqués)

\* \* \* \* \*

Le faux-kyste du pancréas fut pendant longtemps une lésion rarissime, du fait de la mortalité élevée de la pancréatite aiguë.

De 1920 à 1937, on ne releva que 5 cas de pseudo-kyste au " Massachusett general hospital ".

En 1937, à la " New England surgical society " YOUNG (244) préconisait deux méthodes thérapeutiques :

- 1° - l'exérèse du faux-kyste lorsqu'un solide tissu de granulation permettait d'extirper la collection liquidienne.
- 2° - la méthode palliative qu'était la marsupialisation.

Les dérivations internes existaient pourtant :

Depuis longtemps, les fistules intarissables étaient dérivées dans le tube digestif.

JEDLICKA en 1923 et JURASZ en 1931, ont préconisés après OMBREDANNE la kysto-anastomose interne ; cependant, en 1937 LAHEY (Boston), ne relève dans la littérature que 9 cas d'anastomoses internes, qui sont toutes des succès thérapeutiques.

Les exérèses reviennent à l'honneur en 1941 avec MALLET-GUY, qui observe de bons résultats après pancréatectomie d'amont.

Au congrès français de Chirurgie de 1958, MALLET-GUY et MERCADIER font le point sur le traitement des faux-kystes du pancréas (143).

Actuellement, le chirurgien choisit encore entre les méthodes palliatives de drainage (externe ou interne), et les méthodes d'exérèses avec quelques modifications selon la nature et la localisation du kyste.

## LES METHODES DE DRAINAGE EXTERNE

Elles auraient été inaugurées par LE DENTU en 1862.

### LA MARSUPIALISATION

Proposée par GUSSENBAUER en 1882, elle est maintenant pratiquement abandonnée.



Le faux-kyste est abordé au plus court et ponctionné. L'orifice de ponction, agrandi, est fixé au péritoine pariétal, lui-même fixé à la peau.

Cette méthode simple en apparence, présente de gros inconvénients :

- la lenteur de cicatrisation

Dans les meilleurs cas, l'orifice se ferme en deux mois ; l'infection s'installe presque toujours et les risques d'hémorragie s'accroissent.

- la constitution fréquente d'une fistule intarissable va aggraver le déséquilibre humoral du malade par les pertes hydro-électrolytiques.

MICHOULIER dans sa thèse, signale 85 fistules sans fin pour 90 faux-kystes marsupialisés.

- les récidives sont fréquentes

dans environ 20% des cas, selon COUINAUD (43).

#### LE DRAINAGE EXTERNE SIMPLE ou ASPIRATIF

C'est une variante moderne de la marsupialisation.

Selon NICOL, la guérison d'un faux-kyste par simple drainage, s'explique par la mort fonctionnelle d'une partie du pancréas (167).

Cette théorie, a été confirmée en 1954 par les travaux expérimentaux sur le chien de MALLET-GUY, FEROLDI, MICHOULIER et INFRANZI.

Cette mort fonctionnelle aboutit soit à une atrophie en " ficelle " du pancréas d'amont, soit à une véritable pancréatectomie spontanée qui explique la présence de séquestres sphacelés dans le liquide kystique. (154)

MALLET-GUY a montré qu'un faux-kyste peut guérir par simple drainage externe, le canal de Wirsung pouvant cicatriser et garder sa perméabilité.

En fait, le drainage externe n'est logique que si l'on s'adresse à un pseudo-kyste " éteint ", c'est-à-dire non communiquant - HOUDARD (10).



La méthode la plus fréquemment employée est le drainage contrôlé aspiratif, selon RIVES et LARDENNOIS ...

Les bords de l'orifice sont resserrés autour d'une grosse sonde, type PEZZER, qui ressort par une contre incision latérale.

L'orifice est recouvert d'épiploon qui assure l'étanchéité et le cloisonnement de l'abdomen.

L'aspiration est maintenue constante et les parois du faux-kyste se collabent autour du drain. Celui-ci est retiré après plusieurs kystographies de contrôle.

Lorsque le drainage a été pratiqué, l'état du malade nécessite une surveillance minutieuse, une mesure exacte des pertes hydro-électrolytiques quotidiennes qui seront compensées par une réanimation correcte.

Les inconvénients du drainage aspiratif, sont les mêmes que ceux de la marsupialisation, mais il semble que l'infection soit moins à craindre, et que l'aspiration accélère le processus d'affaissement du kyste.

Selon POILLEUX et BLOCH (1967), le drainage externe garde de nombreuses indications. Ils l'ont d'ailleurs appliqué chez plus de la moitié de leurs malades (180).

Un drainage externe aspiratif a été réalisé 12 fois dans notre série d'observations, soit que l'état du malade ne permettait pas une longue intervention (obs. 7, 11, etc ...), soit que celle-ci soit techniquement impossible.

Dans l'observation 1 par exemple, la présence de la voie biliaire dans la paroi antérieure du kyste, et de la veine porte dans sa paroi postéro-externe, écartait toute autre possibilité thérapeutique.





## LE DRAINAGE TRANSPAPILLAIRE DU WIRSUNG

Cette méthode de traitement, proposée par DOUBILET et MULHOLLAND en 1953, paraît en théorie le traitement idéal des faux-kystes communicants.

Comme l'a rappelé DOUTRE en 1973 (60), la poche collectée ne peut se vider dans le Wirsung que si le contenant et le contenu le permettent :

- le liquide ne doit pas contenir de débris nécrotiques qui pourraient obstruer le cathéter.
- la paroi pour pouvoir s'affaisser, ne doit pas avoir de consistance solide.

Après duodénotomie, un cathéter intube le Wirsung avec ou sans sphinctérotomie.

Il est fixé à la muqueuse duodénale, sous la papille, et traverse le duodénum à la Voelker.

La présence du cathéter diminue la pression intra-canalair et favorise l'affaissement du faux-kyste. Cependant, la présence prolongée de ce corps étranger au niveau de la papille n'est pas sans inconvénient. (danger biliaire).

La méthode a été utilisée avec succès dans certains faux-kystes peu nécrotiques ou à liquide clair, en cas d'obstacle wirsungien près du sphincter d'Oddi.

Le drainage transpapillaire a été utilisé plus rarement en cas d'échec du drainage externe avec fistule intarissable. Il a l'avantage de ne pas faire aborder directement le trajet fistuleux.

LEGER en 1971, a rapporté 5 réinterventions de ce type, qui furent toutes des succès (130).

La méthode n'a pas été utilisée dans notre série.



## LES DERIVATIONS INTERNES

Ces techniques opératoires sont utilisées préférentiellement au drainage externe par la plupart des auteurs, et ceci pour de multiples raisons.

Elles constituent en effet, un traitement plus physiologique des faux-kystes :

Les enzymes pancréatiques déversées dans le tube digestif peuvent y jouer leur rôle. Les pertes hydro-électrolytiques sont évitées, et le confort du malade à la période post-opératoire est meilleur.

Les kysto-anastomoses internes s'appliquent aux faux-kystes communicants. Elles peuvent être réalisées en pratique, si la pseudo paroi est suturable, c'est-à-dire, quelques semaines après l'épisode aigu initial (WARREN).

Quelques variantes sont décidées selon la localisation du kyste. Dans la plupart des statistiques, les techniques les plus utilisées sont la kysto-gastrostomie et la kysto-jéjunostomie sur anse jéjunale défonctionnalisée.

### LA KYSTO-GASTROSTOMIE

Elle s'applique de préférence aux faux-kystes rétro-gastriques corporéaux ou corporéo-caudaux.

#### \* La kysto-gastrostomie rétro-gastrique

elle implique la libération de la face postérieure de l'estomac. Elle est peu utilisée.

#### \* La kysto-gastrostomie trans-gastrique (opération de JURASZ)

elle est plus simple à réaliser et évite toute dissection. Certaines précautions sont cependant indispensables :

- il faut éviter au maximum le reflux gastro-kystique, qui favorise l'infection et l'hémorragie (aggression acide).



- l'anastomose doit être large, pour éviter une fermeture trop rapide. Elle doit intéresser la portion la plus déclive du faux-kyste.

(cette condition n'est pas absolue, sinon la méthode n'intéresserait que les collections supra et rétro-gastriques).

- l'anastomose est réalisée de préférence près de la petite courbure pour éviter un reflux alimentaire dans le kyste (le bol alimentaire chemine le long de la grande courbure gastrique - ALSCHULER).

La gastrostomie antérieure expose la paroi postérieure de l'estomac et permet de repérer la portion la plus déclive du faux-kyste.

Après ponction et kystographie, cette paroi postérieure est incisée largement. L'affrontement des deux parois et l'hémostase sont assurés par des points de catgut. Il ne reste qu'à fermer la paroi antérieure de l'estomac.

L'efficacité de la kysto-gastrostomie est diversement expliquée dans la littérature (180).

- Pour ROSSING, la guérison vient d'un gradient de pression : la pression intra-kystique supérieure à la pression gastrique entraîne l'évacuation du liquide et par suite la guérison.

- En réalité, une fois le faux-kyste ouvert, les deux pressions s'égalisent. Nous croirons plus volontiers, avec KUNG, que les mouvements péristaltiques de l'estomac, en fermant et en ouvrant la bouche d'anastomose, réalisent un effet de succion et d'aspiration sur la cavité kystique, qui se collabe progressivement. Une fermeture trop rapide de l'anastomose, empêche cet effet aspiratif, d'où un sérieux risque de récurrence.

L'hémorragie au niveau de la tranche de section sera évitée par une hémostase rigoureuse.

L'évolution sera contrôlée par des transits barytés gastro-duodénaux ou par fibroscopie. L'expérience montre que la guérison d'un



faux-kyste par kysto-gastrostomie est rapide : l'orifice d'anastomose cicatrise en moins de 2 à 3 semaines (contrôle fibroscopique).

La technique de la kysto-gastrostomie trans-gastrique convient parfaitement au drainage des volumineux faux-kystes rétro-gastriques, qui refoulent l'estomac en avant.

Elle n'évite pas un petit reflux de liquide acide qui peut, d'après GRIESSMANN, donner une nécrose pancréatique tardive et une infection chronique de la cavité (10).

On lui reproche surtout, un risque non négligeable d'hémorragies digestives post-opératoires.

Dans notre série, l'opération de JURASZ représente la majorité de nos dérivations internes.

#### LA KYSTO-JEJUNOSTOMIE SUR ANSE MONTEE EN Y

KONIG en 1943, a repris le procédé de ROUX pour réaliser le drainage interne des faux-kystes pancréatiques.

Leur dérivation, dans une anse jéjunale défonctionnalisée, montée en Y d'au moins 30 cm, permet d'éviter tout reflux intra-kystique et assure un bon drainage déclive.

Après section d'une anse à 40 cm de l'angle duodéno-jéjunal, la portion efférente de l'anse est montée à travers une brèche trans-mésocolique et anastomosée au faux-kyste. La continuité digestive est rétablie par suture du segment afférent de l'anse, avec la portion montée (anastomose termino-latérale).

L'opérateur tient compte de la position de repos (décubitus dorsal ou latéral) et le sens du péristaltisme de l'anse montée exclut tout reflux.

Dans notre série, la seule kysto-jéjunostomie (obs. 19) a été associée à une anastomose cholédoco-jéjunale. Elle a apporté la guérison du faux-kysté, mais le malade est décédé de cirrhose hépatique au bout de deux ans.





Nous en rapprocherons l'observation 11, où la récurrence d'un faux-kyste, un an après un drainage externe, a été traitée avec succès par triple dérivation biliaire, gastrique et pancréatique sur anse en Y.

La plupart des auteurs considèrent l'anastomose kysto-jéjunale comme une bonne intervention.

STAVRE, sur 15 kysto-jéjunostomies n'a observé que 3 complications mineures.

La principale complication de cette méthode est l'hémorragie digestive.

#### LA KYSTO-DUODENOSTOMIE

Cette technique intéressante ne peut s'appliquer en pratique qu'aux petits faux-kystes céphaliques, juxta-duodénaux.

L'épaisseur du parenchyme pancréatique entre la lumière duodénale et la cavité kystique doit être petite ; sous peine d'exagérer les risques d'hémorragie par lésion des vaisseaux pancréatico-duodénaux.

L'anastomose est réalisée en position déclive, sous vaticienne, par voie trans-duodénale. L'orifice est taillé sur la paroi interne du duodénum, là où bombe la cavité.

Les complications habituelles de la kysto-duodénostomie sont l'hémorragie digestive et la sténose duodénale séquellaire, surtout en cas de faux-kyste infecté (ANDERSON) (7).

LEGER en 1971, rapporte 9 cas de kysto-duodénostomie.

7 furent des succès thérapeutiques.

2 récurrences ont guéri, l'une après drainage externe, l'autre après kysto-gastrostomie.

Cette méthode chirurgicale n'a pas été utilisée dans notre série.



## LES AUTRES ANASTOMOSES INTERNES

### \* La kysto-cholécystostomie - WALZEL 1927 (10)

Le drainage des faux-kystes céphaliques dans la vésicule biliaire est actuellement abandonné. Ce drainage est médiocre et les risques de cholécystite sont considérables.

### \* Les anastomoses wirsungo-jéjunales

Elles sont parfois réalisées sur des faux-kystes de dimension petite ou moyenne, et qui communiquent avec un Wirsung dilaté. De même que pour les anastomoses pancréatico-gastriques, ces interventions sont réalisées exclusivement dans les pancréatites chroniques.

### \* La sphinctéro-plastie

NARDI et ses collaborateurs ont rapporté en 1969, 8 cas de faux-kystes céphaliques à prédominance rétentionnelle. Tous correspondaient à une lésion du sphincter d'Oddi, mise en évidence par la pancréatographie rétrograde.

La simple sphinctéro-plastie a apporté 6 fois la guérison, une pancréatite aiguë post-opératoire et un échec (malade non amélioré par l'intervention) (164).

## LES INTERVENTIONS d'EXERESSES

Les méthodes de drainage externe ou interne sont des interventions palliatives qui ne tiennent pas compte de la pancréatite initiale.

Les exérèses kysto-parenchymateuses veulent traiter en même temps, le faux-kyste et son étiologie.

### \* L'énucléation

Méthode simple et rapide en cas de kyste vrai, l'énucléation est à proscrire formellement en cas de faux-kyste.

L'absence de paroi vraie, rend le plus souvent cette exérèse impossible.



\* L'exérèse du faux-kyste et du pancréas attenant

Cette intervention plus logique nécessite d'infinies précautions lors de la section du pancréas, et surtout une hémostase très minutieuse. Les hémorragies et les fistules pancréatiques sont fréquentes.

\* La kysto-pancréatectomie

C'est la meilleure méthode, mais l'amputation parenchymateuse ne doit pas être trop importante sous peine d'insuffisance pancréatique grave (exocrine ou endocrine).

LA PANCREATECTOMIE d'AMONT ou PANCREATECTOMIE GAUCHE

Préconisée par MALLET-GUY en 1942, elle a pour principe de tarir l'alimentation du faux-kyste par suppression du segment pancréatique situé à gauche de cette collection.

Plus tard, les travaux expérimentaux de MALLET-GUY et MICHOUPLIER, ont montré qu'il existe une " véritable pathologie autonome d'amont ".

La rupture expérimentale du canal de Wirsung de 37 chiens a montré dans tous les cas, de graves désordres histologiques du pancréas d'amont (153).

Dans ce cas, la pancréatectomie gauche n'est pas une mutilation (145).

Après décollement duodéno-pancréatique et ligature des vaisseaux, on sectionne la portion glandulaire située immédiatement en aval du faux-kyste.

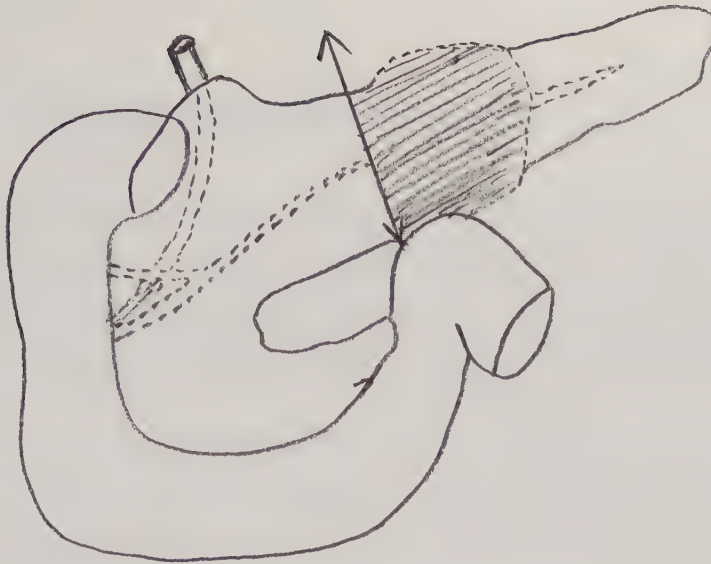
Les lésions vasculaires amènent le plus souvent, le chirurgien à pratiquer une splénectomie complémentaire.

Cette intervention est logique et suffisante, lorsque le pancréas d'aval est sain, et que le Wirsung est perméable ; sinon, une dérivation complémentaire est indispensable - MOREAUX 1969 (158).

Exemple : une pancréatico-jéjunostomie







MICHOULIER dans sa thèse (1958) a précisé les limites anatomiques et physiologiques de la pancréatectomie d'amont (153).

\* Les limites anatomiques

Toute la région péri-pancréatique, et en particulier l'arrière-cavité des épiploons, peut être le siège d'importants remaniements qui rendent la dissection pancréatique difficile.

L'origine du faux-kyste ne doit pas dépasser à droite l'aplomb de la veine porte.

\* Les limites physiologiques

Les fonctions endocrines et exocrines ne doivent pas être trop amoindries par l'exérèse pancréatique.

Ces limites sont relatives car la fonction digestive peut être améliorée par les extraits pancréatiques per os ; les troubles glycémiques sont corrigés par l'insuline.

La pancréatectomie gauche a été réalisée 7 fois dans notre série, surtout pour des faux-kystes communicants (obs. 20 à 25).



### LA DUODENO-PANCREATECTOMIE CEPHALIQUE

La technique de CHILD, réservée au traitement des néoplasmes pancréatiques, a été proposée par CATTEL et WARREN, pour traiter certains faux-kystes de la tête pancréatique.

La méthode a été introduite en France par GUILLEMIN.

Le deuxième duodénum est sectionné au niveau du genu inférieur. L'incision respecte l'angle duodéno-jéjunal et le petit pancréas de Winslow.

Vers le haut, une hémi gastrectomie évitera l'apparition d'un ulcère peptique.

La continuité digestive est ensuite rétablie, par une triple anastomose pancréatico-cholédoco-gastrojéjunale, sur anse en oméga de 40 cm.

Cette intervention trouve son indication dans les faux-kystes de la tête, avec pancréatite céphalique prédominante. C'est une opération longue et difficile, pour une affection à potentiel bénin.

BIGAY dans sa thèse (1969), rapporte 24 cas de duodéno-pancréatectomie céphalique (21 faux-kystes intra-parenchymateux sur 24), sans décès post-opératoire et avec le plus souvent un bon résultat (24).

Nous présentons 1 observation de cette méthode avec un bon résultat thérapeutique (obs. 27).



## LE TRAITEMENT DES FAUX-KYSTES COMPLIQUES

\* \* \* \* \*

Comme nous l'avons vu plus haut, les pseudo-kystes du pancréas ont une tendance spontanée à la complication. Celle-ci est parfois inhérente à la méthode thérapeutique employée.

Drainage externe ..... fistules, récurrences  
Drainage interne ..... hémorragies digestives  
Exérèse ..... insuffisance pancréatique

### LES COMPLICATIONS SPONTANÉES

Elles guérissent le plus souvent par le simple traitement du faux-kyste.

C'est le cas par exemple, des PLEURESIES & ASCITES ENZYMATIQUES,

qui disparaissent après drainage du pseudo-kyste. Les ponctions évacuatrices améliorent le malade en attendant une guérison plus complète. On a observé des séquelles pleurales (cloisonnements) qui ont nécessité une pleurectomie.

### LA RUPTURE DES FAUX-KYSTES.

- La rupture intra-péritonéale :

L'apparition d'une péritonite chimique avec état de choc, ne laisse de chance de survie qu'avec une réanimation correcte et une réintervention précoce.

La mortalité reste élevée ; bien que le pourcentage estimé à 70% par HANNA, soit actuellement nettement exagéré (97).

MERGL a pris en 1971, la défense du drainage interne, cependant, le traitement qui assure le maximum de chance de survie, reste le drainage externe (151).



- La perforation du faux-kyste dans le tube digestif.

Son traitement, mal codifié, a été précisé par SHATNEY et SOSIN en 1973 (214).

Si la communication kysto-digestive spontanée dans l'estomac ou l'intestin grêle, donne un drainage correct, l'abstention chirurgicale est de règle (obs. 28). Une surveillance étroite est bien sûr indispensable.

Si le faux-kyste récidive ou ne régresse que partiellement, le meilleur traitement est le drainage interne.

La perforation du pseudo-kyste dans le côlon a une grande tendance à rompre ensuite dans la cavité péritonéale.

Selon les observations de BERNE et EDMONSON, GOLDIN et WALD, seule la colostomie proximale précoce peut prévenir l'infection et la rupture secondaire du faux-kyste (20).

LES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES.

\* Les fistules intarissables

Après drainage externe, elles sont traitées avec succès par une méthode d'exérèse (obs. 22 et 23) ou par une dérivation interne. Le drainage transpapillaire à la DOUBILET, a été rarement utilisé pour ne pas aborder et exciser le trajet fistuleux.

\* Les hémorragies digestives

Elles sont particulièrement graves dans les interventions de drainage interne.

HOVASSE dans sa thèse en 1972 (105), estime que les hémorragies digestives précoces intéressent environ 10% des faux-kystes, dont 55% sont des faux-kystes céphaliques (richesse vasculaire de la tête pancréatique).





Les hémorragies intra-kystiques post-opératoires, seraient 8 fois plus fréquentes quand le drainage intéresse un faux-kyste hématique.

La réintervention d'urgence d'hémostase ou d'exérèse donnera les meilleures chances au malade.

Certains auteurs, ont utilisé après kysto-jéjunostomie des artifices d'hémostase :

RETTORI fait l'hémostase par la gastrostomie, sans démonter l'anse jéjunale (24).

OLIVIER et STAVRE, ont défini une "technique de tamponnement intra-kystique" (219).

Leur méthode est de mécher le faux-kyste à travers l'anse jéjunale montée, et de laisser ressortir le fil d'amarrage à travers l'intestin et la paroi.

Lorsque les risques d'une nouvelle hémorragie sont exclus, la section de ce fil d'amarrage permet au transit intestinal d'évacuer la mèche.

En ce qui concerne la kysto-gastrostomie, on prévient l'hémorragie par plusieurs surjets hémostatiques sur la bouche d'anastomose.

REMINÉ en 1972 (7), considère que si l'on veut éviter les hémorragies post-opératoires, il faut se contenter de faire l'anastomose kysto-digestive, sans faire pénétrer d'instrument dans la cavité, pour déplacer ou enlever des séquestres.

Beaucoup de chirurgiens ont pris pour habitude, de laisser dans l'estomac une sonde d'aspiration, dont le bout vient jusque dans le faux-kyste. REMINÉ déclare que l'irritation et l'aspiration ainsi réalisées peuvent déclencher l'hémorragie.

Il faut donc faire pénétrer à peine la sonde dans l'estomac, et ne pas trop manipuler le faux-kyste. Le mieux serait de réaliser une gastrostomie temporaire de décharge, qui aspire le liquide gastrique et évite le reflux dans le kyste.



Beaucoup de précautions sont donc indispensables au moment de l'intervention, surtout s'il existe une hypertension portale.

Celle-ci augmente considérablement les risques hémorragiques et fait souvent décider d'une solution d'exérèse - LEGER (130).



## LE CAS PARTICULIER DES FAUX-KYSTES POST-TRAUMATIQUES

\* \* \* \* \*

Ainsi que l'a rappelé DOUTRE en 1973, le traitement des faux-kystes traumatiques est le même que pour les collections nécrotiques des pancréatites.

Cependant, l'indication opératoire tient compte de l'état du pancréas, qui est sain au moment du traumatisme (60).

Ce faux-kyste qui trouve son origine, soit dans une rupture canalaire, soit dans la pancréatite aiguë post-traumatique, survient volontiers chez le jeune, parfois chez l'enfant où le traumatisme peut être méconnu (MOLLARD & CHAVRIER) (156).

Il convient d'être conservateur au maximum, et d'éviter les exérèses sauf en cas d'attrition glandulaire importante.

Les faux-kystes post-traumatiques, communiquants au début, " s'éteignent " souvent au cours de leur évolution.

Le drainage externe est donc possible, mais la dérivation interne reste la meilleure solution.

Nous présentons 1 observation de faux-kyste traumatique chez un enfant de 13 ans. La kysto-gastrostomie a permis une guérison complète et sans séquelle, avec un recul de 6 ans (obs. 18).





## LE TRAITEMENT MEDICAL

\* \* \* \* \*

Il ne peut guérir un faux-kyste, mais il apporte une aide précieuse au chirurgien en période pré et surtout post-opératoire.

### LES ANTIENZYMES

Leur point d'impact est encore mal connu ; mais l'expérience montre qu'une anti-enzymothérapie à haute dose diminue l'agressivité du suc pancréatique, même au stade de pseudo-kyste.

Ainsi que le rappelait GROND en 1965 (91), la dose d'anti-enzyme nécessaire pour neutraliser l'amylase, donne une idée de l'activité enzymatique du faux-kyste. Si l'activité est élevée, la réalisation d'un drainage externe est à déconseiller à cause du risque de fistulisation.

### LES ANTIBIOTIQUES

A large spectre, permettront d'éviter l'infection et ses complications redoutables.

### L'ATROPINE

Elle est souvent utilisée pour diminuer la sécrétion pancréatique. Elle provoque de fâcheux effets secondaires.

### LE GLUCAGON

Il a été démontré expérimentalement (DYCK et collègues) que l'injection de glucagon chez le chien et l'homme, détermine une réduction de près de 90% de la sécrétion pancréatique externe (et surtout, une très forte diminution de l'amylase).

L'hyperglycémie diminue la sécrétion pancréatique.



En 1973, MERCADIER, CHIGOT et CLOT, ont obtenu des résultats encourageants chez 2 malades porteurs de fistule pancréatique, et 6 malades en pancréatite aiguë. (1 mg/10 kg/jour de glucagon en perfusion IV).

L'hormone hyperglycémiante n'a pas encore été utilisée dans les faux-kystes pancréatiques à haute activité enzymatique.

\* \* \*

---

\* - MERCADIER M., CHIGOT J.P. et CLOT J.P.- Le glucagon a t'il un intérêt dans le traitement des affections pancréatiques ?  
Méd. et chir. diges. 1973, 3, 101-104.



NOS OBSERVATIONS



OBSERVATION N°1 : Drainage externe - Monsieur LEF... Serge

Malade de 32 ans, éthylique chronique, qui a dans ses antécédents un traumatisme abdominal ancien avec rupture traumatique de rate et splénectomie.

Il est hospitalisé pour cholécystite aiguë avec hépatomégalie.

\* Cliniquement

Il existe une masse épigastrique et un subictère, ainsi qu'une douleur de l'hypochondre droit typiquement biliaire.

\* La radiologie

L'artériographie sélective coelio-mésentérique montre une surélévation de l'artère hépatique commune et une disparition de l'artère gastro-duodénale, en faveur d'un kyste de la région inter-hépto-pancréatique.

\* La laparotomie exploratrice

Il existe un faux-kyste rétro-duodéno-pancréatique, dissociant les éléments du pédicule hépatique à leur convergence inférieure. Le pancréas est très remanié par de la sclérose au niveau du corps et de la queue pancréatique. Le foie est normal.

On réalise une splénoportographie, et une cholangiographie qui montre une déformation du bas cholédoque.

La kystographie à l'aiguille objective une collection de 150 cc de liquide roussâtre, avec une pression à 30 cm d'eau.

La paroi interne du kyste est granuleuse, et contient quelques grumeaux de cholestérol d'apparence lithiasique.  
Pas de communication apparente avec le Wirsung.

On est très limité par la présence dans la paroi postéro-externe, de la veine porte, et dans la paroi antérieure du kyste, de la voie biliaire.

On réalise donc un drainage contrôlé aspiratif, selon la méthode de RIVES et LARDENNOIS, sur une sonde de PEZZER n°16.





Prélèvements hépatique et pancréatique...

Foie : lésions de portite

Pancréas : pancréatite chronique avec des îlots de cytotéa-  
tonécrose

Liquide kystique : forte activité amylasique

\* Les suites opératoires

Le kyste s'est rapidement comblé. Le drain biliaire a bien fonctionné et le cholédoque semble moins déformé sur la cholangiographie de contrôle. Le drain kystique est enlevé au 25ème jour post-opératoire.

\* Résultats à distance

Un nouveau contrôle cholangiographique au bout de 2 mois, a donné une image biliaire normale. Actuellement, le malade a repris son travail, mais il souffre de façon épisodique de crises pancréatiques.

Il n'a pas repris de poids depuis l'intervention.

Disparition totale des subictères à rechute.

Le recul est de 3 ans  $\frac{1}{2}$ .

\* \* \*



OBSERVATION N°2 : Drainage externe - Monsieur DEW... Francis

Malade de 47 ans, éthylique chronique, qui présente un passé digestif chargé.

- un ictère à l'âge de 12 ans.
- une cholécystectomie avec splanchnicectomie gauche et résection du ganglion semi-lunaire, pour maladie du cystique. (professeur MALLET-GUY).
- une pancréatite chronique avec amaigrissement léger et progressif.
- une crise douloureuse plus intense le fait hospitaliser d'urgence...

\* Cliniquement

Il s'agit d'une crise douloureuse, épigastrique, avec des vomissements en jets, soulageant la douleur, un pyrosis et une hypersialorrhée.

La douleur rythmée, post-prendiale, évoque l'ulcère gastrique.

\* La biologie

L'amylasémie est à 864 uW, l'amylasurie à 6.400 uW, elles sont en faveur d'une crise pancréatique. Il n'y a pas d'ictère biologique.

\* La radiologie

Le transit oeso-gastro-duodéal montre une sténose des première et deuxième portions duodénales.

A la cholangiographie, la voie biliaire principale est normale.

L'angiographie sélective coelio-mésentérique met en évidence une hypervascularisation de la tête pancréatique avec une image d'encorbellement.

Le bilan pré-opératoire est en faveur d'un faux-kyste de la tête du pancréas.

\* L'intervention (par voie médiane sus-ombilicale)

Il existe bien un pseudo-kyste rétro-duodéal, céphalique, non communiquant avec les canaux pancréatiques à la kystographie. La cavité dévie le bas cholédoque sur la cholangiographie per-opératoire.



La splénoportographie montre un axe splénoportal conservé, avec une manométrie à 20 cm d'eau.

Le corps et la queue pancréatiques sont remaniés par une sclérose discrète ; le foie est modifié dans son aspect, mais non cirrhotique.

On réalise une vagotomie, une gastro-entérostomie trans-mésocolique postérieure, une splénectomie et une mise à plat du faux-kyste intra-pancréatique, par la méthode de RIVES et LARDENNOIS.

#### \* Suites opératoires

Le bilan biologique se normalise rapidement, et l'état clinique s'améliore.

Les contrôles fistulographiques montrent un affaissement rapide de la cavité pseudo-kystique.

Le drain de gastrostomie est retiré au 9ème jour post-opératoire, et le drain kystique au 12ème jour.

#### \* Résultats à distance

Le malade est revu au bout de 3 mois; il a repris 4 Kgs, son examen clinique est satisfaisant, ainsi que la biologie. Il a repris son travail et ses habitudes d'intempérances.

Il est actuellement, perdu de vue.

\* \* \*





OBSERVATION N°3 : Drainage externe - Madame VIL... Jacqueline

Cette femme de 31 ans, sans antécédent notable, est hospitalisée en Médecine, pour bilan d'ictères cutanéomuqueux à rechute, depuis plusieurs mois, sans fièvre ni douleur. Transfert en service de Chirurgie A d'Amiens.

\* Cliniquement

Il existe une masse abdominale régulière, mobile avec la respiration, et sensible à la palpation.

L'état général est moyen - pas de signe d'énolisme évident.

\* La biologie

Nous notons une hyperglycémie à jeun de 3,14 gr, sans autre anomalie biologique.

\* La radiologie

Le transit gastro-duodénal montre un élargissement du cadre duodénal.

L'artériographie coeliaque et mésentérique circonscrit une tumeur par les artères pancréatique et gastro-duodénale.

\* La laparoscopie (sous-ombilicale, paramédiane gauche)

Elle met en évidence, une formation tumorale paramédiane droite, d'allure kystique, avec hypervascularisation superficielle.

La vésicule est luxée vers la droite par la tumeur, et il existe une agglutination d'anses intestinales.

Au total, les investigations clinique et paracliniques sont en faveur d'un pseudo-kyste de la tête du pancréas.

\* L'intervention

Mis à part le faux-kyste céphalique, il n'y a pas d'autre lésion évidente dans la cavité abdominale.

La kystographie par ponction directe ne montre pas de communication avec le Wirsung ; la pression intra-kystique



est à 26 cm d'eau.

La cholangiographie par la sonde vésiculaire, ne montre pas de calcul biliaire.

On met en place une sonde de PEZZER n°16, pour drainage contrôlé étanche, et on procède à une cholécystostomie à minima.

\* Suites opératoires

Elles sont très simples. La cavité pseudo-kystique s'affaisse rapidement.

On institue un régime pancréatique, et le diabète est traité par un sulfamide hypoglycémiant.

Un contrôle cholangiographique et kystographique effectué au 13ème jour, est satisfaisant. Ablation des drains.

La malade est revue au bout d'un mois, dans un état satisfaisant. Elle est actuellement, perdue de vue.

\* \* \*



OBSERVATION N°4 : Drainage externe - Monsieur BOU... Jacques

Ce malade de 41 ans, atteint de pancréatite aiguë, est transféré d'un service de Médecine dans le service de Chirurgie A d'Amiens (professeur STOPPA).

Il était traité pour oligo-anurie par dialyse péritonéale.

Dans les antécédents, nous notons :

- un ulcère de la petite courbure traité médicalement,
- une gastrectomie subtotale, type PEAN,
- un syndrome subocclusif.

\* Cliniquement

Le malade présente des douleurs épigastriques violentes, et des vomissements. Un ictère rétionnel intense apparaît. Le malade est hospitalisé dans un Hôpital périphérique, puis transféré dans le service du Professeur QUICHAUD, pour oligo-anurie et insuffisance rénale.

L'altération considérable de l'état général et l'intolérance digestive pratiquement complète, font passer le malade en Chirurgie.

\* L'intervention d'urgence

Elle montre l'existence d'un volumineux faux-kyste hémorragique de la tête du pancréas.

On effectue une cholangiographie par sonde de cholécystostomie, qui visualise une compression et un refoulement de la voie biliaire principale.

La cavité nécrotique est ouverte. Les caillots sont évacués, et l'on réalise l'hémostase du fond de l'hématome.

En raison de la compression duodénale, on procède à une gastro-entérostomie de dérivation.

Drainage externe du kyste et fermeture sur drains de Redon.

\* Suites opératoires

Le prélèvement de bile et de liquide hémorragique, a montré à la culture, la présence de Klebsiella.



Au 12ème jour, la kysto-graphie par la sonde montre une évolution favorable : le faux-kyste se collabe. L'amylasémie augmente à nouveau de 32 à 1.024 uW. L'activité lipasique du sérum est à 133 u.

Les suites opératoires deviennent très perturbées :

- une fistule digestive apparaît au niveau de la cicatrice médiane. Elle correspond à une fuite à partir du faux-kyste. Elle est traitée par irrigation d'acide lactique, selon la technique de TREMOLIERE.
- un pneumothorax bilatéral complique la pose d'un cathéter sous clavier. On draine par 2 drains de MONOD.
- le malade est en insuffisance rénale aiguë : l'urée urinaire est de 1 gr/litre, et l'urée sanguine supérieure à 1,5 gr, malgré 3 séances de dialyse par semaine.

Le malade décède d'insuffisance rénale terminale.

#### \* Résumé

Cette observation décrit un échec du drainage externe, chez un malade en pancréatite aiguë avec oligo-anurie.

Le drainage d'un pseudo-kyste céphalique, hémorragique et infecté, s'est compliqué d'une fistule externe.

Le malade est finalement décédé, dans un tableau d'urémie terminale.

\* \* \*





OBSERVATION N°5 : Drainage externe - Monsieur OLI... Louis

Ce malade de 77 ans, est hospitalisé dans un Hôpital périphérique, pour récidive de pancréatite aiguë.

Dans ses antécédents, nous notons :

- une gastrectomie ancienne, pour sténose pylorique.
- une première crise de pancréatite a été traitée avec succès, par traitement médical, quelques années auparavant.
- pas de notion d'éthylisme.

\* La clinique et la biologie

Sont en faveur d'une pancréatite aiguë.

L'amylasémie est à 2.048 uW

Les transaminases ... T G O : 150

T G P : 188

Urée sanguine ..... 0,68 gr

Il n'y a pas d'ictère clinique ou biologique, et à l'examen physique, on ne note pas de masse abdominale.

\* Evolution

L'amylasémie augmente jusqu'à 5.096 uW, puis chute progressivement à 128 uW. L'aspiration gastrique est arrêtée au bout d'une semaine, et le malade est mis au régime pancréatique. Il persiste un fébricule, mis sur le compte d'une paraphlébite, et des vomissements post-prendiaux irréguliers.

L'examen clinique laisse alors apparaître une masse épigastrique indolore, paraissant fluctuante, et qui descend jusqu'au niveau de l'ombilic.

On pense immédiatement à un faux-kyste, et le malade est transféré à Amiens, en Chirurgie A. (professeur STOPPA).

\* Le bilan radiologique pré-opératoire

Le transit oeso-gastro-duodénal, met en évidence une absence d'imprégnation de l'anse afférente.

La cholangiographie intra-veineuse montre un hépato-cholédoque légèrement dilaté.



\* L'intervention (incision médiane sus-ombilicale itérative)

Un magma agglomère l'auvent hépatique gauche, l'estomac et le mésocôlon, au devant du pancréas. Il y a une inflammation de tout l'étage coeliaque. La vésicule biliaire est micro-lithiasique.

Par ponction, on localise un volumineux abcès du pancréas et après débridement, on évacue une cavité, grosse comme une orange, avec une ramification vers la partie inférieure du pancréas et vers la région rétro-anastomotique gastro-jéjunale. Il y a donc eu menace de fistulisation, dans le côlon et dans le moignon gastrique.

On nettoie prudemment la cavité ; on ligature les vaisseaux qui la traversent et qui risquent de saigner.

On ne repère pas de communication avec le Wirsung.

Drainage externe par sonde de PEZZER n°20.

La vésicule biliaire est enlevée, malheureusement, sans radio-manométrie, alors qu'il y a des calculs dans le cystique (panne d'appareillage). On laisse donc un petit drainage trans-cystique de la voie biliaire principale.

\* Suites opératoires

Elles sont favorables, malgré une atélectasie de la base gauche, avec encombrement bronchique du 4ème au 10ème jour post-opératoire. Le malade est revu au bout de 3 mois, en bon état général. La carence pancréatique externe est traitée par les extraits pancréatiques.

\* Résultats à distance

Le malade ne souffre plus depuis l'intervention ; il a regrossi, et la pancréatite semble bien stabilisée.

Nous notons un bon résultat au bout d'un an et demi.

\* \* \*



OBSERVATION N°6 : Drainage externe - Monsieur RAT... Gérard

Ce malade de 24 ans, grand buveur de bière, a été hospitalisé 6 fois dans le service de Chirurgie A, du professeur STOPPA.

- hématomèse et méléna, correspondant à un ulcère bulbaire.
- lithiase vésiculaire.
- cholécystectomie pour cholécystite aiguë.

On découvre à l'intervention, une pancréatite nodulaire, surtout localisée à la queue du pancréas.

\* Cliniquement

Il apparaît une douleur abdominale aiguë, avec au bout de 15 jours, un ictère rétionnel intense.

La bilirubine est à 42 mg. (surtout directe).

\* La radiologie

La cholangiographie intra-veineuse montre une compression extrinsèque du bas cholédoque.

L'artériographie sélective coelio-mésentérique, est en faveur d'un faux-kyste céphalique du pancréas.

\* L'intervention

Il s'agit effectivement d'un volumineux pseudo-kyste céphalique, de la taille d'une tête d'enfant.

La kystographie à l'aiguille, ne montre pas de communication avec les canaux pancréatiques.

Un drainage contrôlé, étanche, selon la technique de RIVES et LARDENNOIS, est mis en place.

On procède à une splénectomie pour décharger la circulation portale.

\* Suites opératoires

Une kystographie par le drain au bout de 3 semaines, montre que l'évolution est favorable. Le drainage est maintenu 5 semaines.





Le malade ne vient plus à la consultation, mais il est revu au bout de 9 mois, pour une tentative suicidaire.

Il a repris ses intempérances, et il existe une petite fistulette qui mouille irrégulièrement une ou deux compresses par jour.

Le patient est réhospitalisé pour cette fistule, qui est spontanément régressive à 2 fistulographies successives.

Le malade sort au bout de 3 semaines, guéri de sa fistule.

\* Résumé

Cette observation met en évidence, un demi échec du drainage externe aspiratif...

une fistule pancréatique externe s'est installée et a guéri spontanément.

Le malade est perdu de vue.

\* \* \*



OBSERVATION N°7 : Drainage externe - Monsieur LEL... Albert

Cet ouvrier agricole de 37 ans, est hospitalisé en Médecine, pour un diabète sucré.

\* Antécédents

Ethylisme notoire  
Dysenterie amibienne  
Diabète

\* Le contexte clinique

C'est un homme jeune et fatigué, en mauvais état général, qui se plaint de violentes douleurs abdominales para-ombilicales gauches, avec des vomissements bilieux, une anorexie, une hyperthermie, une ascite et un amaigrissement.  
A la palpation, il existe un comblement du creux épigastrique.  
La symptomatologie abdominale le fait transférer dans le service de Chirurgie A d'Amiens. (professeur STOPPA).

\* La radiologie

Le transit gastro-duodénal est peu modifié.

L'angiographie coeliaque sélective :

l'artère gastro-duodénale circonscrit une masse centrée sur la tête et le corps du pancréas. La veine splénique est de calibre normal. L'axe splénoportal est interrompu dans la région pré-vertébrale, dans la zone où la gastro-duodénale est tendue et surélevée. On pense à une compression extrinsèque à la hauteur du corps pancréatique.

Sur l'artériographie mésentérique :

tout l'axe mésentérique est déplacé vers la moitié droite de l'abdomen. S'il s'agit d'une compression extrinsèque, il faut une masse très volumineuse à développement central et latéral gauche dans l'abdomen.



\* L'intervention

Il y a une ascite bière brune, de 3 litres, et un volumineux pseudo-kyste rétro-gastrique, rétro-péritonéal, dans la région sous-phrénique gauche et le flanc gauche. La tension du faux-kyste est faible.

Au niveau des pôles accessibles à l'inspection, il ne semble pas y avoir, de communication directe du faux-kyste avec la cavité péritonéale. Cependant, la compression manuelle de la tumeur, entraîne un suintement qui se traduit par un remplissage des gouttières de déclivité.

La splénoportographie : splénomégalie avec pression intra-splénique à 28 cm d'eau.

La cholangiographie per-opératoire : elle montre un cystique long, un cholédoque très court intra-pancréatique.

La kystographie : elle objective un très grand faux-kyste, en forme de haricot, depuis la région sous-phrénique gauche, jusque dans la région sous-mésocolique para-vertébrale gauche. L'exploration de la cavité, montre une face interne granuleuse, avec au niveau de l'isthme pancréatique, une anfractuosité (loge d'un séquestre éliminé).

Il n'y a pas de communication canalaire.

On traite le kyste par drainage externe aspiratif, car on ne voit aucune autre intervention possible, du fait des lésions trouvées et du mauvais état général de l'opéré.

\* Suites opératoires

L'état du malade s'améliore, le transit digestif reprend rapidement; mais le drain n'est pas retiré car une petite poche persiste à 2 fistulographies successives.

Le drain est finalement enlevé au bout de 2 mois.

Les douleurs ont disparu. Le malade a repris 3 kgs en 3 semaines. Mais au bout de 2 mois, celui-ci reprend ses intempérances, et remaigrit.

Le malade est maintenant décédé, d'insuffisance hépatique terminale.

\* Conclusion : le drainage externe a sauvé ce jeune homme en très mauvais état, et a guéri son faux-kyste pancréatique. Il est décédé de cause extra-pancréatique.



OBSERVATION N°8 - Drainage externe - Monsieur GAU... René

Ce malade de 64 ans, est hospitalisé à Amiens (chirurgie A), pour un ictère rétentionnel, depuis 2 jours, associé à une douleur épigastrique en barre, à irradiation postérieure et non rythmée par les repas.

\* A l'interrogatoire

On retrouve un épisode semblable ayant cédé aux antispasmodiques. Pas de notion de traumatisme abdominal, ni d'intoxication exogène.

\* Cliniquement

Nous notons un ictère cutanéomuqueux, et à la palpation abdominale, une impression d'empâtement épigastrique.

\* La biologie

L'épreuve d'hyperglycémie provoquée est normale, ainsi que la glycémie à jeun.

Les transaminases sont augmentées ... T G O 70 - T G P 130.

Bilirubine totale ... 52 mg, indirecte ... 22.

V S ... 90 à la 1ère heure

L'amylasémie est à 1.024 uW

L'activité lipasique du sérum : 18,8 u

Les phosphatases alcalines sont normales.

On pense à une réaction pancréatique. Le malade déjaunit et la fièvre diminue.

\* La radiologie

Pas de lithiase visible sur l'abdomen sans préparation.

Au transit gastro-duodénal, le cadre duodénal est simplement arrondi.

La cholécystographie orale montre une absence d'opacification de la vésicule. La cholangiographie intra-veineuse ne montre pas de dilatation cholédocienne.

Il y a probablement lithiase vésiculaire.





\* L'intervention

Elle fait découvrir une petite vésicule scléro-atrophique, avec une grosse réaction inflammatoire autour de la voie biliaire principale.

On parvient à réaliser une cholangiographie avec manométrie, qui montre l'intégrité du cholédoque.

La palpation de l'étage sus-mésocolique, met en évidence une pancréatite nodulaire de la tête du pancréas, et un faux-kyste corporéo-caudal. Sa ponction ramène du pus. Une brèche entre le mésocôlon et la grande courbure gastrique, permet d'accéder à la loge pancréatique. Le faux-kyste est ouvert et les séquestres enlevés à la pince.

On assure l'hémostase de quelques vaisseaux qui traversent la cavité. Puis on draine la loge pancréatique par 2 lames associées à des redons.

La vésicule est enlevée et l'on draine le cystique et la région sous-hépatique.

\* Suites opératoires

Elles se compliquent d'une infection pulmonaire vite jugulée.

Le transit digestif ne reprend qu'au 9ème jour.

L'évolution est favorable.

\* Résumé

Chez un malade de 64 ans, à l'état général précaire, nous nous sommes contentés d'un simple drainage d'un faux-kyste corporéo-caudal infecté. (sans communication canalaire).

Le faux-kyste fut une découverte opératoire, alors qu'on opérait pour lithiase vésiculaire.

Le résultat est satisfaisant, avec un recul insuffisant.

\* \* \*



OBSERVATION N°9 : Drainage externe - Monsieur NIG... Henri

Ce malade de 74 ans, est hospitalisé pour cholécystite subaiguë.

+ Cliniquement

Il présente des crises douloureuses épigastriques et de l'hypochondre droit, évoquant la cholécystite.

Une irradiation douloureuse vers la gauche, traduit peut être une réaction pancréatique.

+ La biologie

L'amylasémie : 500 uW

L'amylasurie : 800 uW

+ La radiologie

L'abdomen sans préparation est peu significatif.

La cholangiographie montre de nombreux calculs dans la vésicule.

+ La laparotomie exploratrice (médiane sus-ombilicale)

Il existe une péricholécystite oedémateuse avec infiltration inflammatoire du pied du pédicule hépatique. On constate une tâche nécrotique au pied de ce pédicule, et un empierrement lithiasique de la vésicule biliaire, prévu par la radiologie pré-opératoire.

La radio-manométrie par le cystique montre un passage duodénal normal à 12 cm, avec une résiduelle à 8 cm d'eau.

Il n'y a pas de lithiasé cholédocienne.

La vésicule est enlevée, et en faisant la toilette des foyers nécrotiques au pied du pédicule hépatique, on découvre un petit faux-kyste contenant des séquestres pancréatiques, et ne communiquant pas avec le Wirsung.

Mise en place d'une sonde de PEZZER, pour drainage aspiratif de cette petite cavité de la tête pancréatique.

Au total, il s'agit d'un foyer de pancréatite aiguë très limité, avec un petit faux-kyste nécrotique et suppuré.



\* Suites opératoires

La cavité pseudo-kystique régresse rapidement sur les kystographies de contrôle (retrait de la sonde au 16ème jour).

\* L'évolution

Elle est très favorable, les douleurs disparaissent, l'état clinique s'améliore ; mais au bout de 2 ans, apparaissent une asthénie et un ictère rétentionnel sans fièvre, douleur, ni prurit.

Il n'y a pas de gros foie, pas de point douloureux pancréatique, et l'état général est conservé malgré un amaigrissement de 3 ou 4 kgs.

\* La réintervention

La tête du pancréas est bosselée par plusieurs nodules durs, et on note sur la corne droite du grand épiploon, plusieurs petits nodules (cicatrices de cytostéatonécrose).

Le cholédoque est large et distendu. Une cholangiographie par ponction directe de la voie biliaire, montre une distension globale des voies biliaires intra et extra-hépatiques, avec un arrêt horizontal franc, au bord supérieur du pancréas.

Il n'y a pas de passage duodénal.

Etant donné les antécédents, et malgré l'aspect radiologique qui est celui d'un arrêt de type néoplasique, on est orienté vers la pancréatite chronique cicatricielle.

On réalise donc, une hépatico-jéjunostomie termino-latérale, sur une anse montée en Y.

\* Suites opératoires

Il y a absence de néoplasie maligne sur les prélèvements.

L'évolution est favorable : l'ictère régresse et la biologie se normalise.

\* Résultats à distance : 3 ans et demi après la 1ère intervention, le

faux-kyste nécrotique, découverte opératoire, n'a pas récidivé.

La pancréatite a évolué pour son propre compte, d'où la nécessité de procéder à une dérivation biliaire hépatico-jéjunale.

L'état du malade est maintenant satisfaisant.





OBSERVATION N°10 : Drainage externe - Madame DRA... Claudette

Cette femme de 30 ans, a été hospitalisée en service de Gynécologie d'Amiens (professeur VITSE), pour une aménorrhée secondaire à des troubles psychiques. Les différentes investigations, notamment à la recherche d'une tumeur ovarienne, n'ont pas apporté de diagnostic précis. On a découvert une ascite de 2 litres, Rivalta +, avec un taux d'amylases à 2.048 uW.

\* Antécédents

- Traumatisme abdominal par une vache, datant d'un an et demi.
- Pas de véritable intoxication exogène.

\* Cliniquement

C'est une malade maigre, asthénisée, anorexique, avec un abdomen tendu par l'ascite malgré des ponctions répétées.

Il existe une circulation collatérale.

La malade est transférée en service de Médecine, où l'on continue son bilan, puis en service de Chirurgie A (professeur STOPPA).

TGO : 38 - TGP : 23 - Phosphatases alcalines : 32,4 -

Cholestérol : 2,12 gr - Bilirubine : Total 5 mg, indirecte : 3,5 mg

Lactico-déshydrogénase : 440 u - TP 100% - VS à 59 la 1ère heure.

\* La laparoscopie

Elle montre une inflammation péritonéale, sans granulation, et une stéatose hépatique. Le dôme utérin est très hypervascularisé et il existe une annexite importante.

\* Le bilan biologique

Il est complété par un bilan pancréatique : amylasémie, amylasurie, stéatorrhée, etc ...

On élimine une sclérose hépatique, et une péritonite tuberculeuse.



\* Le bilan scintigraphique

La scintigraphie pancréatique au sélénium, conclut à une faible fixation globale. (insuffisance pancréatique).

Une étude morphologique précise a été impossible.

\* La radiologie

L'abdomen sans préparation objective des calcifications pancréatiques.

Le transit oeso-gastro-duodénal met en évidence un refoulement postérieur de l'estomac.

L'artériographie coeliaque et mésentérique, fait le diagnostic d'une grosse formation kystique, sous corticale, de l'atmosphère splénique. La vascularisation pancréatite irrégulière, en arbre mort, évoque la pancréatite chronique.

Au total, on pense à un kyste traumatique ancien (traumatisme abdominal 18 mois auparavant); soit un kyste hématique de la rate en regard d'une pancréatite calcifiée ; soit plutôt, un faux-kyste pancréatique.

L'état de la malade est alors précaire : l'amaigrissement est de 20 kgs, les douleurs sont fréquentes et l'intolérance gastrique presque complète.

\* L'intervention

Il existe un pseudo-kyste de l'arrière cavité des épiploons, contenant un liquide jus de pruneau, caractéristique de sa nature pancréatique. Le foie est fragile, mais non cirrhotique. La rate n'est pas palpable, à cause de la périsplénite. Il existe une ascite ambrée d'environ 2 litres.

- La cholangiographie per-opératoire par sonde de cholécystostomie montre un discret effilement du cholédoque intra-pancréatique, sans lithias biliaire.

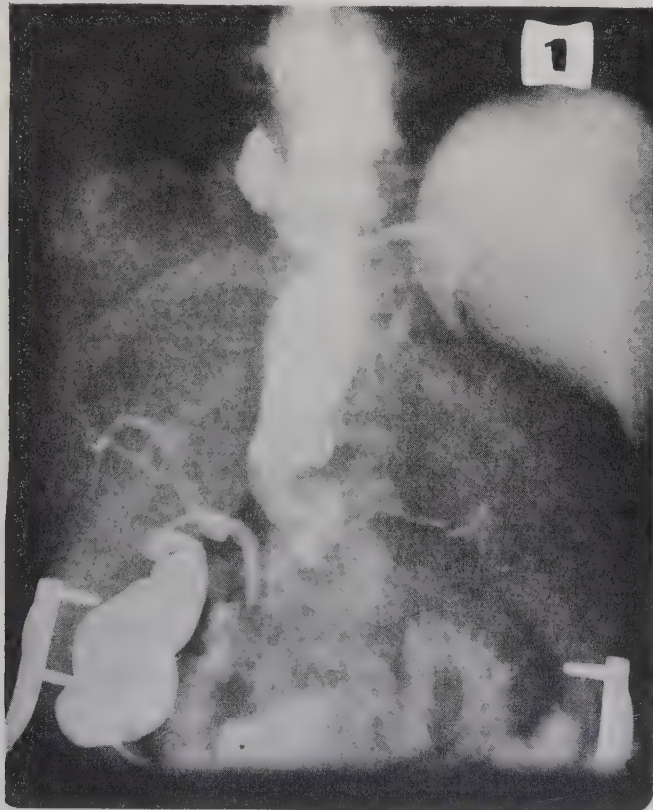
- La kystographie montre qu'il s'agit d'un faux-kyste de la tête pancréatique, avec une grande fusée ascendante dans l'arrière cavité, puis à travers l'hiatus oesophagien jusque dans le médiastin postérieur, à la hauteur des crosses vasculaires.



Cette fusée ascendante a perforé la partie supérieure du ligament gastro-phrénique, d'où un grand décollement au sein duquel on voit parfaitement l'image lacunaire de la rate. Il y a une communication du kyste céphalique avec un canal de Wirsung, entièrement visualisé mais non dilaté. On se contente d'un drainage externe aspiré du kyste céphalique par une sonde de PEZZER n°18.

- \* Les suites opératoires se compliquent d'un épanchement pleural séro-hématique. Il existe une dyspnée, une hypoxie, une hypercapnie, et une acidose. Une aggravation de la dyspnée, nécessite l'intubation et l'assistance ventilatoire. Puis c'est la trachéotomie. La malade est de plus en plus infiltrée. Le déséquilibre hydro-électrolytique s'accroît brutalement, et la malade décède 1 mois après l'intervention.
- \* Résumé : De nombreuses investigations clinique et paracliniques chez cette femme qui présentait initialement, une aménorrhée et une ascite enzymatique, ont abouti au diagnostic de faux-kyste pancréatique, avec une fusée dans l'arrière cavité et le médiastin postérieur. Le drainage externe n'a pas empêché le décès de la malade, par complications respiratoires.

Obs.10 - Image  
kystographique







OBSERVATION N°11 : Drainage externe - Monsieur GOA... Louis

Triple dérivation sur anse en Y

Ce malade de 53 ans, éthylique chronique, a été traité médicalement pour pancréatite aiguë oedémateuse, d'évolution favorable. Il a bénéficié ensuite, d'une cholécystectomie pour micro-lithiase biliaire.

\* Cliniquement

C'est un malade fatigué, qui a maigri de 62 à 48 Kgs, et qui se plaint de douleurs épigastriques post-prendiales, d'une intolérance alimentaire et de vomissements.

On ne perçoit pas de masse abdominale à la palpation.

\* La radiologie

Le transit baryté gastro-duodéal montre un petit élargissement du cadre duodéal.

L'artériographie sélective coelio-mésentérique indique un aspect anormalement tendu de la gastro-duodénale, qui décrit une courbe arciforme en regard de calcifications pancréatiques. Une branche mésentérique à destinée pancréatique vient alimenter un faux-kyste du pancréas qui apparaît volumineux.

\* Le bilan biologique

Les tests hépatiques sont perturbés.

Les transaminases sont augmentées : TGO ... 42 - TGP ... 23

L'amylasémie est à 64 uW et l'amylasurie à 256 uW.

\* Une gastroscopie

Met en évidence une hernie hiatale, une gastrite hernière, et un aspect congestif diffus du corps de l'estomac.

\* A l'intervention

Il y a effectivement une augmentation de volume du bloc duodéno-pancréatique.





La kystographie à la diodone, révèle l'existence d'un faux-kyste péri-céphalo-pancréatique, entourant le deuxième duodénum, en dedans, en avant, en dehors et un peu en arrière. La cholangiographie per-opératoire, montre de petites modifications du cholédoque intra-pancréatique.

On essaie de ponctionner le Wirsung, sans succès.

On réalise un drainage externe aspiratif du faux-kyste, qui ne communique pas avec les voies pancréatiques.

On termine par une cholécystostomie à minima, et une gastrotomie temporaire de décharge.

#### \* Suites opératoires

Elles sont simples. L'aspiration gastrique est enlevée le 4ème jour. Quelques jours après, le transit digestif est normal. L'état du malade est satisfaisant.

#### \* Complication

Dix mois après l'intervention, le malade présente une récurrence de son faux-kyste céphalique, avec cliniquement, une masse épigastrique para-médiane, et des algies pulsatiles. L'amylasémie et l'amylasurie sont augmentées, et l'on constate la présence de calcifications pancréatiques à la radiologie. Il existe également, une sténose incomplète du cholédoque.

#### \* Réintervention

Le malade bénéficie cette fois, d'une triple dérivation biliaire, pancréatique et gastrique, sur anse jéjunale en Y.

#### \* Suites opératoires

Elles sont très simples. Le malade ne souffre plus, a repris 8 kgs et retravaille.

Le recul est d'un an et demi.

\* Résumé : Récidive d'un faux-kyste céphalique dix mois après un drainage externe. La triple dérivation sur anse exclue en Y, a apporté la guérison depuis 1 an  $\frac{1}{2}$ .



OBSERVATION N°12 - Kysto-gastrostomie - Monsieur LAG... Michel

Cet homme de 42 ans, éthylique chronique, est hospitalisé dans le service de Chirurgie du Docteur DROMER (St-Quentin), pour bilan de violentes douleurs abdominales avec état général altéré.

\* Cliniquement

Le malade se plaint d'une intense douleur péri-ombilicale, et de l'hypochondre droit, sans irradiation.

La palpation de l'abdomen précise une tuméfaction, para-ombilicale droite, dure et sensible.

\* La biologie

Le taux de prothrombine spontané est à 66%

L'amylasémie est à 100 uW - L'amylasurie à 510 uW

La vitesse de sédimentation est accélérée, et il existe une hyperglycémie à jeun.

\* La radiologie

- L'abdomen sans préparation -

Des calcifications latéro-vertébrales droites évoquent une pancréatite chronique calcifiante.

- La cholangiographie intra-veineuse -

Les voies biliaires sont de taille et de morphologie normales.

- Le transit gastro-duodéal -

Il fait constater un important élargissement du cadre duodéal par une tumeur pancréatique.

On pense à un faux-kyste du pancréas, sans pouvoir l'affirmer.

\* L'intervention

Elle confirme cette hypothèse : " on trouve d'emblée une masse du volume d'un petit melon, située au niveau de la tête du pancréas alors que le corps et la queue sont très indurés ".

L'arrière cavité des épiploons est ouverte, et l'on découvre



la face antérieure du kyste.

La kystographie par ponction directe, opacifie le kyste et fait constater une communication avec le Wirsung, vers la gauche. Le liquide n'est pas infecté.

On pratique une kysto-gastrostomie et l'on place un cathéter trans-anastomotique qui ressort par la face antérieure de l'estomac.

#### \* Suites opératoires

Elles sont simples et favorables, malgré quelques douleurs épigastriques.

Il existe un déficit pancréatique externe et la glycémie est toujours supérieure à 1,5 gr.

Le drain intra-kystique est retiré au 21ème jour post-opératoire, après un contrôle radiologique satisfaisant.

#### \* Résultats à distance

Le malade est revu 2 ans  $\frac{1}{2}$  après l'intervention.

Le transit baryté gastro-duodénal montre des images normales de l'estomac et du duodénum.

Il existe de nombreuses calcifications sur toute l'aire pancréatique.

Au total, l'état du malade est satisfaisant, mis à part, un diabète insulino-prive mal équilibré.

\* \* \*





OBSERVATION N°13 : Kysto-gastrostomie - Monsieur MAR... Pierre

Cet éthylique de 56 ans, est hospitalisé à ST-QUENTIN, pour un syndrome vertigineux, suivi d'une chute.

\* Cliniquement

C'est un malade obnubilé et désorienté, dont l'examen révèle un syndrome subocclusif, douloureux et fébrile, une défense de l'hypochondre gauche et une masse abdominale donnant le contact lombaire.

Le malade est en oligo-anurie.

\* La radiologie

L'abdomen sans préparation montre des images hydro-aériques du côlon ascendant. (subocclusion).

Les radiographies biliaires révèlent une vésicule hypertonique, sans lithiase, ni anomalie morphologique de l'arbre biliaire.

L'urographie intra-veineuse donne des images en faveur d'un rein gauche polykystique.

Le transit oeso-gastroduodénal objective un refoulement postérieur de l'estomac.

\* La Biologie

La numération sanguine est celle d'une inflammation chronique.

Le taux de prothrombine spontané est à 52%.

La VS est à 103 mm - L'amylasémie à 256 uW - L'amylasurie à 1024 uW

Nous pensons à un pseudo-kyste corporéo-caudal du pancréas.

La répétition des crises douloureuses et la détérioration de l'état général, ont décidé le malade à se faire opérer.

\* L'intervention (Dr. DROMER)

Elle confirme la présence d'un faux-kyste pancréatique, contenant 1 litre de liquide hémorragique et de débris nécrotiques.

La kystographie par ponction, ne montre pas de communication avec le Wirsung.



La " paroi " du faux-kyste paraissant solide, on réalise une kysto-gastrostomie trans-gastrique sans problème technique.

On a noté quelques noyaux de pancréatite chronique.

\* Suites opératoires

Elles sont favorables. Les douleurs disparaissent et le malade reprend du poids.

La biologie est **normale**, et il n'y a pas de diabète.

Le malade a malheureusement repris ses intempérances.

Il est revu plusieurs fois pour des crises subaiguës. Puis l'état général s'altère brusquement, avec l'apparition d'une intolérance alimentaire et de vomissements.

\* La réintervention

Il existe une hypertension portale évidente, visible au niveau des veines épiploïques. On perçoit une masse pancréatique dure, refoulant l'estomac en avant.

On réalise une gastro-entérostomie qui ne peut être faite qu'en pré-colique sur un estomac très dilaté.

Gastrostomie avec sonde d'alimentation trans-anastomotique.

\* Suites opératoires

Elles sont très favorables.

\* Résultats à distance

Huit ans et demi après une kysto-gastrostomie, nous constatons la guérison d'un faux-kyste pancréatique.

Cependant, la pancréatite chronique a évolué pour son propre compte, en déterminant une sténose duodénale opérée il y a 2 ans.

Actuellement, l'anastomose fonctionne bien, le malade ne souffre plus et continue ses intempérances dans une maison de retraite.



OBSERVATION N°14 : Kysto-gastrostomie - Monsieur MAU... Yves

Ce malade de 36 ans, a été opéré pour pancréatite aiguë hémorragique. Ensuite, sont apparues de nombreuses crises douloureuses épigastriques, de plus en plus fréquentes. Il a été hospitalisé à Saint-Quentin. Le bilan clinique et radiologique était en faveur, d'une pancréatite chronique calcifiante.

\* Cliniquement

Des douleurs épigastriques importantes sont associées à une tuméfaction de l'hypochondre droit.

\* La laparotomie exploratrice (Dr. DROMER)

Elle fait découvrir un volumineux faux-kyste de la tête du pancréas.

A la cholangiographie, les voies biliaires sont de taille et de morphologie normales.

La kystographie opacifie un faux-kyste qui ne communique pas avec les canaux pancréatiques.

Une paroi solide permet de réaliser une kysto-gastrostomie selon la méthode de JURASZ.

\* Suites opératoires

Elles sont très simples.

\* Résultats à distance

Le malade est revu 6 mois après l'intervention.

Il a regrossi de 4 Kgs et ne souffre plus.

Ses selles sont normales.

Huit ans après l'intervention, l'état général du malade est satisfaisant.



OBSERVATION N°15 : Kysto-gastrostomie - Madame FLA... Eudoxie

Cette malade de 64 ans, est hospitalisée dans le service du Docteur DROMER, à Saint-Quentin, pour cholécystite suppurée. (vésicule exclue sur les radiographies biliaires).

\* L'intervention

Une volumineuse masse pancréatique occupe tout l'épigastre. On réalise une cholécystectomie et une cholédocotomie ; il existe une lithiase cholédocienne.

La sphinctérotomie oddienne fait apparaître de la boue biliaire.

La wirsungographie par l'orifice de sphinctérotomie, ne montre pas de communication kystique avec le Wirsung.

Une kysto-gastrostomie est pratiquée par voie trans-gastrique sans problème technique.

\* Suites opératoires

Elles sont simples.

\* Résultats à distance

La malade est revue au bout d'un an, en bon état général.

Pas de douleur, ni de trouble digestif.

Six ans après l'intervention, la malade se porte bien.

\* Conclusion

Chez cette malade de 64 ans, atteinte de pancréatite biliaire, la kysto-anastomose d'un volumineux faux-kyste avec l'estomac a apporté la guérison depuis plus de 6 ans.

\* \* \*





OBSERVATION N°16 : Kysto-gastrostomie - Monsieur MAR... Jean

Ce malade de 38 ans, grand buveur de bière, est hospitalisé à St-Quentin, dans le service de Chirurgie, du Docteur DROMER, pour une douleur épigastrique violente, avec irradiation dorsale.

Les investigations clinique et paracliniques, aboutissent au diagnostic de pancréatite chronique.

Il est d'abord traité médicalement pendant 1 an.

Une nouvelle crise douloureuse le fait réhospitaliser.

\* Cliniquement

La palpation abdominale révèle une grosse masse de l'hypo-chondre gauche.

\* La radiologie

A l'abdomen sans préparation, on note la présence de calcifications pancréatiques pré-vertébrales.

Le transit oeso-gastroduodénal, montre un refoulement postérieur du corps gastrique.

On pense à un faux-kyste corporéal du pancréas.

\* L'intervention

Celle-ci confirme la présence d'un faux-kyste du corps pancréatique, avec une induration au niveau de la queue.

La vésicule biliaire et le pédicule hépatique paraissent normaux.

La cholécystographie per-opératoire met en évidence, un cholédoque fin et des passages duodénaux à pression basse.

La kystographie à l'aiguille n'objective pas de communication canalaire.

On réalise une kysto-gastrostomie trans-gastrique sans problème technique.

\* Suites opératoires

Elles sont très simples. Le malade sort au 15ème jour.

\* Résultats à distance : Très satisfaisants, avec des signes d'insuffisance pancréatique. Recul ... 2 ans  $\frac{1}{2}$ .



OBSERVATION N°17 : Kysto-gastrostomie - Monsieur DUP... Roland

Cet homme de 37 ans, est hospitalisé et opéré d'urgence à St-Quentin, (service du Docteur DROMER) pour un syndrome douloureux épigastrique très intense avec état de choc.

\* Cliniquement

Après réanimation, on observe l'apparition très rapide d'une tumeur épigastrique.

\* L'intervention

On tombe sur un très volumineux kyste de la tête du pancréas, contenant du sang sous tension. A l'ouverture de ce faux-kyste, on évacue 2 litres de sang, et une artère qui saigne au fond de la poche est suturée par des points en X. Une kysto-gastrostomie après hémostase soigneuse, est ensuite réalisée.

\* Suites opératoires

Elles sont simples. Le malade sort au 12ème jour post-opératoire.

\* Résultats à distance

Actuellement, le malade va bien ; il ne présente plus de signe clinique et a repris son travail.  
Le recul est de 11 ans.

\* Conclusion

Cet homme jeune, opéré d'urgence pour faux-kyste hémorragique du pancréas, a guéri sans séquelle, après une kysto-gastrostomie.  
Onze ans après l'intervention, ce malade ne présente pas de signe de pancréatite chronique.



OBSERVATION N°18 : Kysto-gastrostomie - Monsieur PRU... Daniel  
après drainage externe

Ce jeune malade de 13 ans, qui a subi un violent traumatisme abdominal avec état de choc, a été opéré d'urgence à Saint-Quentin, par simple drainage de la loge pancréatique. (Dr. DROMER).

Dans les suites opératoires, une fistule pancréatique externe est apparue, puis s'est fermée spontanément.

Le malade est revu 2 mois après l'intervention.

\* Cliniquement

Il existe des douleurs épigastriques avec à la palpation une tuméfaction de l'épigastre.

\* La radiologie

Le transit oeso-gastroduodénal montre une image de reflux de la portion horizontale de l'estomac.

\* L'intervention

L'intéressé est opéré pour faux-kyste traumatique.

On découvre en effet, un faux-kyste corporel qui vient comprimer jusqu'au bord supérieur de la petite courbure gastrique.

Une kysto-gastrostomie est réalisée sans problème particulier.

\* Suites opératoires

Elles sont très simples. Le malade est sortant au 15ème jour après l'intervention.

\* Résultats à distance

Le jeune homme qui a maintenant 19 ans, est en parfaite santé.

\* Conclusion : Observation de faux-kyste traumatique, traité par anastomose kysto-gastrique. Une guérison définitive et sans séquelle dure depuis 6 ans.

\* \* \*





OBSERVATION N°19 : Kysto-jéjunostomie - Monsieur DUR... Georges

C'est un malade de 50 ans, éthylique chronique, avec un passé digestif chargé, qui est hospitalisé à Saint-Quentin, dans le service de Chirurgie du Docteur DROMER.

\* Antécédents

- Gastrectomie pour ulcère (Finsterer)
- Pancréatite chronique
- Dérivation cholécysto-duodénale, en raison de douleurs importantes et d'une dilatation cholédocienne radiologique.  
Les douleurs disparaissent pendant 7 ans.

\* Cliniquement

Le malade se plaint de douleurs abdominales hautes très intenses (12 palfium par jour).  
Il existe un subictère, et à la palpation une impression de tumeur de l'hypochondre droit.

\* La radiologie

L'abdomen sans préparation est normal.  
Le transit gastro-duodéal indique une compression extrinsèque de l'estomac.

\* L'intervention

Elle fait découvrir une lithiase cholédocienne, un très volumineux faux-kyste de la tête pancréatique, refoulant vers le bas la racine du mésentère. Des signes d'hypertension portale sont notés.  
On réalise dans l'ordre, une cholécystectomie puis une anastomose cholédoco-jéjunale et kysto-jéjunale sur anse montée en Y.

\* Suites opératoires

Elles sont satisfaisantes. Le malade va bien pendant 1 an.  
Il est réhospitalisé ensuite, pour une hématomèse cataclys-



mique qui nécessite plusieurs transfusions et la pose d'une sonde de Blackmore.

On intervient, en pensant à une rupture de varice oesophagienne.

Il s'agit en fait, d'une ulcération simplex qui est suturée.

\* Résultats à distance

Le malade revu 1 an après cette dernière intervention, se plaint de douleurs post-prendiales. Son état général est médiocre.

Il décède peu après dans un tableau de coma hépatique.

\* Conclusion

Chez ce malade alcoolique, la kysto-jéjunostomie sur anse exclue en Y, a guéri un faux-kyste de la tête pancréatique. Le malade est décédé 2 ans après de sa cirrhose hépatique.

\* \* \*



OBSERVATION N°20 : Spléno-pancréatectomie gauche - Madame VAR... Rolande

Cette malade de 47 ans, présentait depuis 13 ans, des douleurs de l'hypochondre droit, intermittentes, et de fréquentes céphalées. Des épisodes de coliques hépatiques et des ictères fébriles transitoires, ont fait pratiquer une cholécystectomie.

La malade est hospitalisée à Amiens (service de Chirurgie du Professeur STOPPA), avec le diagnostic de lithiasse résiduelle de la voie biliaire principale.

\* La laparotomie exploratrice

Le chirurgien découvre une pédiculite cicatricielle, un cystique long en canon de fusil, et une masse enchassée dans le bord antérieur du foie, à droite de l'encoche du lit vésiculaire.

Au cours de la dissection du pédicule hépatique, le cholédoque est ouvert et il s'échappe une bile claire, jaune d'or. On fait une radio-manométrie par la brèche : le passage se fait à 12 cm d'eau, avec une résiduelle à 10 cm.

Les passages duodénaux sont donc faciles à pression basse ; paradoxalement le cholédoque est large, sans que l'on comprenne pourquoi. La tête du pancréas est infiltrée de sclérose et l'on découvre une trainée de cytotéatonecrose au bord inférieur de la queue pancréatique.

Il existe un petit faux-kyste caudal, dans le hile splénique. On enlève la rate et la queue du pancréas. Le Wirsung est suturé soigneusement au catgut et la tranche pancréatique au catgut chromé.

Résection hépatique pour emporter le nodule du bord antérieur. Un drain de Kehr est passé dans la voie biliaire principale.

\* Suites opératoires

Les suites immédiates sont favorables, avec reprise des gaz au 4ème jour. La cholangiographie par le drain de Kehr, montre une voie biliaire très dilatée, avec un passage oddien à 15 cm d'eau. Le drain est perfusé quotidiennement, par la



novocaïne, la tifomycine et la cortisone. Une amélioration sensible du calibre cholédocien est noté les jours suivants. Le 20ème jour post-opératoire, une pleurésie purulente apparaît. Elle guérie au bout de 8 jours.

L'état clinique s'améliore par la suite.

La biopsie du nodule hépatique s'est traduite à l'anatomie pathologique, par un aspect de maladie de Hodgkin.

La biologie est celle d'une insuffisance hépatique.

#### \* Résultats à distance

La malade est revue 1 an après l'intervention : l'état général s'est considérablement amélioré, avec cependant, une vitesse de sédimentation très accélérée.

Un contrôle cholangiographique a fait poser le diagnostic d'oddite cicatricielle. La malade est réopérée.

Dans les suites opératoires, une reprise de poids trop importante, a fait prescrire un anorexigène non dangereux.

Quatre ans et trois mois après la spléno-pancréatectomie gauche, la malade va bien et a repris son travail.

#### \* Conclusion

Malade atteinte d'une pancréatite subaiguë à rechute, avec retentissement biliaire intermittent, et porteuse d'un petit faux-kyste de la queue du pancréas.

Spléno-pancréatectomie gauche emportant le faux-kyste, et ablation d'un nodule hodgkinien isolé.

Au total, le résultat est aussi satisfaisant que possible, après un délai de 4 ans.

\* \* \*





OBSERVATION N°21 : Spléno-pancréatectomie gauche - Monsieur PLA ... Joseph

Ce malade de 43 ans, est transféré d'un service de Médecine en Chirurgie A à Amiens, avec le diagnostic de faux-kyste du pancréas.

\* Antécédents

- Ethylisme majeur
- Pancréatite subaiguë à rechute, passée à la chronicité
- Bronchite chronique évolutive

\* Cliniquement

Nous notons, des douleurs épigastriques et de l'hypochondre droit, avec un amaigrissement notable. L'examen de l'abdomen, révèle une masse comblant l'épigastre.

\* La radiologie

Le transit gastro-duodéal montre un élargissement du cadre duodéal.

L'artériographie coelio-mésentérique sélective est en faveur d'un faux-kyste corporéo-caudal du pancréas.

\* La biologie

- Insuffisance pancréatique sans diabète
- Les gaz du sang révèlent une insuffisance respiratoire

\* L'intervention

Le foie est gros, congestif, mais non cirrhotique.

Il existe de gros remaniements de la loge pancréatique, avec un oedème angio-neurotique de toute l'arrière cavité des épiploons, et envahissant la paroi gastrique. Une cho-langio-manométrie montre un passage duodéal à 28 cm d'eau. La spléno-portographie visualise un réseau de veines divergentes à partir de la loge splénique, et une gracilité de la veine splénique.

A la ponction, on localise 2 faux-kystes :



- le premier est en cours de fistulisation gastrique et colique transverse. Il est alimenté par le Wirsung caudal.
- le second, plus volumineux, contient 300 cm<sup>3</sup> de liquide séreux. Il présente un diverticule postéro-supérieur, appendu à la queue du pancréas, accolé au corps gastrique et à la face supérieure du méso-côlon transverse.

Une pancréatectomie gauche est réalisée pour tarir l'alimentation des lésions corporeales responsables de l'oedème angio-neurotique régional.

L'intervention est difficile en raison de nombreuses adhérences scléro-inflammatoires. Il est donc réalisé dans l'ordre,

- une kystectomie en monobloc de 2 faux-kystes avec spléno-pancréatectomie gauche.
- une gastrostomie temporaire de décharge
- une cholécystostomie par sonde vésiculaire

#### \* Suites opératoires

Le laboratoire : pancréas ... lésions de pancréatite chronique  
liquide kystique ... amylase 4.096 uW  
lipase 320 u  
hyper-leucocytose ... à 24.500 G B

Au 2ème jour post-opératoire, apparaît un trouble ventilatoire correspondant à une bronchoplégie. Un arrêt cardiaque nécessite un massage externe. Intubation et assistance ventilatoire. Le 4ème jour, le malade s'est extubé lui-même, et fait cette fois, un arrêt cardiaque irrécupérable.

\* Conclusion : Chez ce malade bronchiteux chronique, il a été réalisé une spléno-pancréatectomie gauche, emportant 2 faux-kystes, en voie de fistulisation gastrique et colique transverse. Le malade est décédé dans les suites opératoires par décompensation de son insuffisance respiratoire.

\* \* \*



OBSERVATION N°22 : Spléno-pancréatectomie gauche - Madame DUV... Anne-Marie  
après drainage externe

Cette femme de 30 ans, hospitalisée dans un Hôpital périphérique pour pancréatite aiguë, a été opérée 2 jours après, pour lithiase cholédocienne. Le chirurgien a découvert un volumineux faux-kyste nécrotique du pancréas qui a été traité par drainage externe.

Dans les suites opératoires, une fistule pancréatique externe est apparue. La malade est hospitalisée à Amiens, dans le service de Chirurgie du Professeur STOPPA.

\* Cliniquement

L'état général est fort altéré, avec une anémie, un amaigrissement considérable et une fistule intarissable donnant environ 20 cc par jour.

\* La biologie

- VS .... 138/145
- Phosphatases alcalines .... 25 u
- Amylasémie .... 256 uW

\* La radiologie

- La fistulographie indique que le trajet fistuleux aboutit en avant de la colonne vertébrale, au niveau d'un Wirsung dont seule la partie gauche dilatée et tortueuse est visible. Des images de fuite du produit de contraste semblent correspondre soit à une cavité pseudo-kystique encombrée de bourgeons charnus, soit à une lumière digestive. La 1ère hypothèse semble être la bonne.
- L'artériographie coeliaque montre une amputation de l'artère gastro-duodénale à 2 cm de son origine. La gastro-épiploïque droite n'est pas injectée. Et il existe quelques fins vaisseaux pancréatiques au niveau de l'arrêt vasculaire.
- L'artériographie mésentérique supérieure présente des modifications correspondant à des lésions inflammatoires localisées à la tête du pancréas.





\* L'intervention itérative

La voie médiane sus-ombilicale contourne l'orifice fistuleux, et excise son trajet transpariétal.

Le trajet fistuleux traverse l'abdomen comme une bride et se dirige à gauche et en dessous de la grande courbure gastrique. Il se perd en profondeur dans un volumineux plastron qui comble la loge sous-phrénique gauche et auquel adhèrent l'estomac, le côlon transverse, la rate et le diaphragme.

La vésicule biliaire adhère à l'angle colique droit, et contient une micro-lithiase.

Le pédicule hépatique est infiltré, et la couleur du foie, jaune orangé, évoque une hépatite sérieuse.

Après décollement duodéno-pancréatique, la tête du pancréas paraît macroscopiquement bien conservée et pas du tout nécrotique. Pas de tâche de cytotéatonecrose.

- La fistulographie per-opératoire obtient les mêmes images que précédemment.

- La cholangiographie par le cystique montre une voie biliaire intacte avec un passage duodénal à basse pression.

Par dissection, on essaie de prendre contact avec le corps pancréatique, sans succès, car le plastron englobe le pancréas pré-aortique.

Au total, il s'agit d'un faux-kyste de la queue du pancréas, ayant fusé à toute l'arrière cavité et à la région sous-phrénique gauche. On décide une spléno-pancréatectomie gauche jusqu'en aval du point d'abouchement fistuleux.

Extraits du compte-rendu opératoire :

" On sépare tout d'abord la rate du diaphragme par clivage au doigt, et on progresse de façon à récliner en avant toute la masse du faux-kyste en avançant en direction du pédicule aortico-cave. Ce travail laborieux est peu hémorragique jusqu'au moment où l'on arrive au flanc gauche de l'aorte. Une hémorragie importante d'origine veineuse, nous oblige à faire une hémostase par tamponnement massif. On doit sculpter l'estomac dans la paroi du faux-kyste, sans jamais apercevoir de plan de



clivage réel. On progresse ainsi jusqu'au niveau de la fistule, que l'on dépasse vers la droite. Il en est de même pour le côlon transverse et l'angle gauche, ainsi que leur méso qui est envahi. Après avoir fait le tour de la queue du pancréas, on fait l'hémostase du pédicule splénique et d'une zone hémorragique au confluent de la veine splénique avec la veine mésentérique inférieure.

Le pancréas est réséqué à un niveau qui paraît raisonnable ; celui du croisement aortique. On résèque le trajet fistuleux le plus complètement possible au contact de l'estomac !.

- Cholécystectomie et drainage transcystique du cholédoque.

- Drainage gainé, aspiré, de la loge sous-phrénique gauche.

#### \* Suites opératoires

Le transit reprend au 4ème jour. Une phlébite de jambe gauche est traitée par calciparine et anti-vitamine K.

La malade sort au bout d'un mois et demi, après un contrôle cholangiographique normal.

#### \* Résultats à distance

Malgré une hépatite 2 mois après l'intervention, l'état général de la malade s'est considérablement amélioré avec reprise de poids et disparition des douleurs.

Cinq ans et dix mois après l'intervention, la malade a repris ses activités.

#### \* Conclusion

Il résulte de cette observation, que le chirurgien en matière de faux-kyste, peut se trouver devant des difficultés techniques importantes, que le bilan pré-opératoire ne peut prévoir.

L'évolution après traitement de ce faux-kyste communiquant avec les voies pancréatiques, n'en a pas moins été favorable.



OBSERVATION N° 23 : Spléno-pancréatectomie gauche - Monsieur TRE... Raymond  
après drainage externe

Cet homme de 42 ans, opéré récemment pour pancréatite aiguë dans un Hôpital périphérique, est réhospitalisé dans le service de Chirurgie A, d'Amiens, pour une fistule intarissable associée à une sténose antrale.

\* Antécédents

- Pas de notion d'éthylisme ou d'excès alimentaire.
- Drainage externe au contact d'un pancréas en nécrose aiguë.

\* Cliniquement

C'est un malade en mauvais état général, qui a maigri de 60 à 44 kgs, qui vomit ses repas, et dont la fistule laisse couler un séro-pus en quantité peu abondante.

\* La radiologie

- La fistulographie injecte un trajet antéro-postérieur qui aboutit à une sorte de marécage, dans toute la loge sous-phrénique gauche. On pense qu'il s'agit d'un faux-kyste gauche, aplati, surinfecté, et à paroi granuleuse.
- Le transit baryté gastroduodénal montre des modifications duodénales en faveur de lésions droites.

\* La biologie

Diabète insulino-prive.

\* L'intervention

L'incision médiane sus-ombilicale contourne à droite et à gauche, le trajet fistuleux. Le foie est congestif et il y a de nombreuses adhérences et tâches de bougie disséminées à tout l'étage supérieur de l'abdomen. Le pancréas est gros, induré dans sa région céphalique et collé aux viscères voisins par sa partie caudale.

Une cholangiographie par sonde de cholécystostomie, montre une





morphologie normale des voies biliaires et de bons passages duodénaux. Le pancréas est scléro-inflammatoire, oedémateux par places, induré en d'autres points.

Le pancréas est ponctionné à l'aveugle en direction du Wirsung. Les aiguilles rencontrent des cavités purulentes ; l'injection d'un produit de contraste montre comme prévu, un faux-kyste virtuel de la loge sous-phrénique gauche, communiquant avec un Wirsung dilaté, et ne communiquant pas avec le duodénum malgré son aspect monélifforme.

En résumé, il s'agit d'une pancréatite totale, avec faux-kyste communiquant et des fusées infectées dans la loge sous-phrénique gauche. Il est logique de procéder à une pancréa-tectomie corporéo-caudale, enlevant le faux-kyste pour tarir la fistule.

L'intervention est difficile. Il existe une adhérence entre une anse jéjunale haute et le mésocôlon transverse, avec un gros noyau de nécrose qui explique les vomissements et les subocclusions du malade. La loge des séquestres pancréatiques se trouve dans le hile splénique. A la jonction, entre le corps et la tête pancréatique on tombe également, sur deux logettes contenant des séquestres pancréatiques, en un point où passe le trajet fistuleux. La section pancréatique est faite à un endroit où il est à peu près sain ; cette tranche de section du pancréas, est ensuite suturée par des points en U puis en X capitonnants. Le Wirsung a été nettement reconnu.

#### \* Suites opératoires

Elles sont favorables, malgré une reprise difficile du transit digestif, avec des brûlures épigastriques. Au 20ème jour, apparait une douleur abdominale généralisée avec épreintes... pas de selle, mais une émission de gaz douloureuse. Reprise du transit au bout d'un mois. Le malade regrossit de 4 kgs et présente de temps en temps des troubles dyspeptiques et des vomissements.

\* Résultats à distance : 2 ans après l'intervention, le malade présente quelques signes objectifs de pancréatite, son poids est stable à 55 kgs ; il a repris un travail peu fatigant.





OBSERVATION N°24 : Spléno-pancréatectomie gauche - Monsieur HUD... Alfred

Ce malade de 43 ans, hospitalisé à Amiens, pour cholécystite subaiguë, présentait à l'intervention (professeur STOPPA), une pancréatite chronique diffuse. La radio-manométrie biliaire montrait une dilatation cholédocienne et un passage duodénal à pression élevée. La pancréatite étant diffuse, la duodéno-pancréatectomie céphalique était illusoire. Il a donc été réalisé, une dérivation cholédoco-jéjunale sur anse en Y, d'environ 25 cm, en termino-latérale.

Dans les suites opératoires, des crises pancréatites subaiguës sont apparues de plus en plus fréquentes. Le malade est réhospitalisé 2 ans après.

\* Cliniquement

Le malade a maigri de 25 Kgs. Il se plaint d'une douleur de l'hypochondre et para-ombilicale gauches, d'une fièvre à 38°, d'une diarrhée et de brûlures mictionnelles.

Le diagnostic hésite entre une poussée subaiguë de pancréatite chronique (amylase peu élevée), ou une poussée d'angiocholite par reflux jéjuno-biliaire du fait de la brièveté de l'anse en Y.

\* La gastroscopie est normale.

\* La radiologie

- Le transit gastro-duodénal apporte peu de renseignements.
- L'artériographie coeliaque donne des signes de cirrhose hépatique. L'artère splénique est de gros calibre et il y a thrombose de la veine splénique. La circulation de retour passe par la veine coronaire stomachique et gagne le tronc porte, par des vaisseaux sinueux méso-côlo-caves et inter-costaux.
- l'artériographie mésentérique visualise une riche vascularisation de la tête pancréatique et une pauvre vascularisation corporéo-caudale.
- l'artériographie sélective de l'artère rénale gauche, montre un abaissement de l'artère et une compression extrinsèque du pôle supérieur du rein gauche.

Etant donné le contexte clinique, on pense à un volumineux



faux-kyste de la queue du pancréas.

\* L'intervention

On se dirige dans la région indiquée par l'artériographie. Il existe effectivement, un faux-kyste appendu à la queue du pancréas, dans le hile splénique. La kystographie par ponction, ne montre pas de communication avec le Wirsung. L'ouverture de la cavité montre un liquide séro-goudronneux que l'on évacue. Il semble exister un pertuis de communication avec le Wirsung dans la queue du pancréas, au fond d'une sorte d'entonnoir.

On redoute une voie d'alimentation du faux-kyste, et on réalise une spléno-pancréatectomie gauche assez facile. La rate anormalement grosse, peut traduire une hypertension portale.

\* Suites opératoires

L'examen de la pièce opératoire, prouve la communication du faux-kyste avec le Wirsung.

Les suites opératoires sont très favorables, et le malade est fait sortant au 11ème jour, après un contrôle biologique normal.

\* Résultats à distance

Un mois et demi après l'intervention, l'état clinique est satisfaisant, avec une reprise de poids de 6 kgs.

Au bout de 13 mois, le malade va bien et a repris son travail.

\* Conclusion

Cette observation montre bien que les données de la kystographie sur la non communication avec le Wirsung, ne sont pas formelles. L'examen de la paroi kystique est primordial.

\* \* \*



OBSERVATION N°25 - Spléno-pancréatectomie gauche - Monsieur ROS... Claude

Ce malade de 39 ans, hospitalisé dans un Hôpital périphérique, pour une volumineuse tumeur abdominale envahissant l'épigastre, l'hypo-chondre et le flanc gauche, est transféré à Amiens en Chirurgie A (professeur STOPPA).

\* Antécédents

- Tuberculose pulmonaire
- Cure de désintoxication éthylique inachevée
- Subictère conjonctival
- Syndrome dépressif

\* Cliniquement

On perçoit une masse épigastrique, non sensible à la palpation et mate à la percussion. Il existe des troubles de compression gastrique. La matité des flancs évoque la présence d'une ascite.

\* La biologie

Amylasémie : 16 uW - Amylasurie : 128 uW - Phosphatases acides : 0,1 - Phosphatases alcalines : 14 -

La numération sanguine montrant une polynucléose sans hyper-leucocytose, un médullogramme est réalisé : hyper-éosinophilie avec myélocytes éosinophiles à granulations bleues (fréquemment observé dans les réactions médullaires néoplasiques).

\* La radiologie

- Le transit gastroduodénal précise un refoulement cardio-tubérositaire vers le haut, une distension gastrique et une absence de passage duodénal.
- La cholangiographie intra-veineuse est interrompue du fait, d'une intolérance à l'iode.

Le lendemain de cette tentative, apparaît une douleur épigastrique brutale irradiant dans tout l'abdomen. La masse abdominale diminue de volume et n'est plus ni visible ni palpable. Il s'agit probablement d'une rupture du faux-kyste





dans un organe creux.

\* Une gastroscopie

Ne constate qu'une gastrite atrophique. Il n'y a pas d'orifice fistuleux visible dans l'estomac ou le duodénum.

\* L'intervention

L'estomac est accolé à la loge pancréatique qui apparaît encore distendue. Un faux-kyste occupe bien la région rétro-gastrique de la loge sous-phrénique gauche. La kystographie après dissociation du ligament gastro-colique objective un faux-kyste sous-phrénique gauche avec une fusée vers la droite. Une large pancréatectomie gauche d'assèchement est réalisée difficilement en raison, d'accollements du faux-kyste avec l'estomac et le méso-côlon. Après splénectomie, le pancréas gauche est réséqué jusqu'au carrefour portal. On croit voir le canal de Wirsung sous la forme d'un sillon à la partie inférieure d'une encoche au bord supérieur du corps pancréatique. Le chirurgien s'assure d'une bonne hémostase et de la vitalité des parois gastrique et colique. Drainage aspiré de la loge spléno-pancréatique.

\* Suites opératoires

Elles sont favorables et le malade sort au bout de 3 semaines, avec un lavement baryté de contrôle. On prescrit un régime sans graisse, sans alcool, et des médications pancréatotropes.

\* Résultats à distance

Neuf mois après l'intervention, l'état du malade est satisfaisant, il ne souffre pas, a regrossi, mais n'a pas repris son travail.

\* Conclusion : L'alimentation de ce faux-kyste gauche était probable, étant donné la prise de volume importante de la tumeur avant sa rupture. Il a donc été réalisé, une spléno-pancréatectomie gauche d'assèchement, d'autant que l'état du malade était assez bon.

\* \* \*



OBSERVATION N°26 : Spléno-pancréatectomie gauche - Madame DUQ... Simone

Cette malade de 49 ans, a été hospitalisée à St-Quentin, pour un syndrome douloureux épigastrique. Il s'agissait d'une pancréatite aiguë avec épanchement pleural gauche, riche en amylase. Deux ans après, elle est réhospitalisée dans le service de Chirurgie du Docteur DROMER, en anémie aiguë (1.600.000 G R).

\* Cliniquement

L'examen n'apporte rien.

\* La radiologie

- Le transit gastroduodénal montre un rétrécissement du 2ème duodénum, suspect d'ulcus. La malade sort avec un traitement anti-ulcéreux. Elle revient 1 mois après, avec une nouvelle anémie (2.900.000 G R).
- L'artériographie sélective coelio-mésentérique montre au temps artériel, l'amputation d'une branche de l'artère splénique. Quelques vaisseaux semblent refoulés par une masse. Au temps veineux, une opacité ayant la forme d'une vésicule apparaît dans l'hypochondre gauche.

On pose le diagnostic de faux-kyste hémorragique de la queue du pancréas, avec ulcération d'une branche de l'artère splénique.

\* L'intervention

Il existe une masse de l'hypochondre gauche, grosse comme une orange et qui lamine la rate. Le reste du pancréas est très induré, par de la sclérose pancréatique.

La cholangiographie per-opératoire montre un cholédoque normal.

La kystographie opacifie le faux-kyste qui ne communique pas avec le Wirsung.

On décide une spléno-pancréatectomie gauche enlevant la tumeur.



L'intervention est réalisée sans difficulté.

\* Suites opératoires

Elles sont très simples.

\* Résultats à distance

La malade est revue 9 mois après l'intervention.

Son état est aussi satisfaisant que possible.

\* Conclusion

Cette malade hospitalisée en anémie aiguë a subi une spléno-pancréatectomie gauche enlevant un faux-kyste hémorragique de la queue du pancréas.

Le pronostic est celui de la pancréatite chronique restante.

\* \* \*



OBSERVATION N°27 : Duodéno-pancréatectomie céphalique -

Monsieur HER... Michel

Cet homme de 42 ans, ancien éthylique chronique, est hospitalisé à Saint-Quentin, dans le service du Docteur DROUARD, pour une nouvelle crise de pancréatite chronique.

\* Antécédents

- Sclérose en plaques débutante
- Ethylisme notoire
- Hernies inguinales bilatérales

\* Histoire de la maladie

A la suite d'une pancréatite aiguë, traitée médicalement, et de plusieurs crises subaiguës, le malade est réhospitalisé pour une douleur abdominale intense, des vomissements, et un amaigrissement considérable de 65 à 49 Kgs.

\* Cliniquement

L'examen de l'abdomen révèle une voussure épigastrique sensible à la palpation. Le malade est perfusé et mis sous aspiration gastrique douce.

Le diagnostic de faux-kyste du pancréas est confirmé par une laparoscopie.

\* L'intervention

On abaisse la racine du mésentère et on décolle le fascia de Treitz pour découvrir le pancréas. Il existe effectivement un faux-kyste de la tête associé à une pancréatite chronique céphalique très importante. Mise en place d'une sonde de PEZZER dans la vésicule biliaire, ainsi qu'au niveau de la collection kystique.

- La cholangiographie per-opératoire vérifie l'absence de lithiase biliaire ; les canaux biliaires sont de taille et de morphologie normales. Les passages duodénaux sont





bons à pression basse.

- L'iléoportographie par cathétérisme d'une veine iléale permet de mettre en évidence une hypertension portale segmentaire.
- La kystographie par sonde révèle un pseudo-kyste de 4 cm de diamètre, sans communication canalaire apparente.

Etant donné la prédominance des lésions scléreuses au pancréas céphalique, il est décidé une duodéno-pancréatectomie céphalique. Celle-ci est réalisée sans problème technique ; la continuité digestive est rétablie par une triple anastomose cholédoco-pancréatico-gastrojéjunale.

#### \* Suites opératoires

Elles sont simples, les douleurs disparaissent et le malade est fait sortant au bout d'un mois.

#### \* Résultats à distance

Revu 1 an après l'intervention, le malade a un examen clinique satisfaisant, et a regrossi de 4 kgs.  
On note des épisodes de diarrhée, conséquence de l'intervention.  
Il est réhospitalisé peu après en service de Médecine, pour des oedèmes des membres inférieurs, d'origine carencielle...  
Il existe une hypoprotidémie importante à 42 gr/litre.  
La biologie est normale par ailleurs.  
Les contrôles radiologiques montrent un bon fonctionnement des bouches d'anastomose.

#### \* Conclusion

Treize mois après une duodéno-pancréatectomie céphalique, le résultat est satisfaisant. Les douleurs ont tout à fait disparu , mais il persiste une stéatorrhée importante et des troubles métaboliques à corriger par la diététique.



OBSERVATION N°28 : Simple exploration chirurgicale - Monsieur DEB... René

Cet homme de 45 ans, est hospitalisé dans le service de Chirurgie A d'Amiens, pour bilan de douleurs abdominales.

\* Cliniquement

Il existe un syndrome douloureux de la région vésiculaire, associé à des vomissements. On note également, une défense de l'hypochondre gauche avec à la palpation douce, l'impression d'une tuméfaction profonde de cette région.

\* La biologie

Elle indique une hyper-amylasémie modérée (128 uW), et une petite amylasurie.

\* La radiologie

Une cholangiographie de contrôle et un nouveau transit baryté sont réalisés...

Il existe un refoulement très marqué du corps gastrique et de la partie inférieure du cholédoque, qui évoque un faux-kyste du pancréas.

L'artériographie coelio-mésentérique n'objective pas de modification de topographie artérielle.

\* L'endoscopie

Elle fait observer des contractions antrales, espacées et de faible amplitude, ainsi qu'un gros pli arciforme, transversal, situé sur la grande courbure gastrique. Le genu superius et le bulbe ont un aspect inflammatoire. Le pylore est ouvert en permanence.

\* L'intervention

On réalise une exploration du pancréas, après splénectomie et décollement de la queue pancréatique.



Il existe des séquelles de péritonite plastique sus-mésocolique, surtout localisées au petit épiploon.

On ouvre l'arrière cavité des épiploons et on libère la petite courbure jusqu'à l'hiatus oesophagien.

Pas d'épanchement ni de granulation péritonéale.

Le pancréas paraît sain dans son ensemble, bien que l'on note une zone un peu plus ferme dans la région céphalique.

L'estomac apparaît sain lui aussi.

On termine par une gastrostomie de décharge et une biopsie pancréatique.

#### \* Suites opératoires

Elles sont très simples. Un transit gastroduodénal de contrôle indique que la compression extrinsèque de l'estomac est bien moins accentuée.

Le recul est de 8 mois seulement.

#### \* Conclusion

Le diagnostic d'un faux-kyste du pancréas a été apporté par le seul transit baryté gastroduodénal. La lésion kystique s'est fistulisée après l'examen radiologique dans un viscère creux et a guéri spontanément comme l'a montré l'exploration chirurgicale.

Le pronostic est favorable malgré un noyau de pancréatique chronique dans la région céphalique.

\* \* \*





## LES RESULTATS THERAPEUTIQUES

-----

Il convient de considérer deux aspects :

- les résultats obtenus sur le faux-kyste traité
- le devenir de la pancréatite causale

Les méthodes de drainage ignorent les lésions pancréatiques initiales, d'où le risque de voir continuer " les crises pancréatiques ".

Les exérèses, qui emportent tout ou partie du parenchyme malade, sont plus logiques en apparence, mais plus mutilantes.

### LES DRAINAGES EXTERNES

Un drainage aspiratif a été réalisé 11 fois, et deux drainages simples par l'intermédiaire d'une sonde, type PEZZER.

Il a donné 5 fois un bon résultat, avec malheureusement 3 fois un recul de quelques mois (obs. 2, 3, 5, 8 et 9). Nous entendons par bon résultat, la guérison du faux-kyste et la disparition des signes fonctionnels digestifs.

Dans l'observation 1, le résultat fut moyen, car le pseudo-kyste a guéri sans voir disparaître les douleurs pancréatiques (recul : 3 ans  $\frac{1}{2}$ ).

Une fistule pancréatique externe est apparue 3 fois (obs. 4, 9, 18). Deux d'entre elles, se tarirent spontanément avec une récurrence traitée par kysto-gastrostomie (obs. 18).

Une autre récurrence, au bout de 10 mois (obs. 11) fit pratiquer une triple dérivation biliaire pancréatique et gastrique sur anse montée. Le malade va bien.

Le drainage aspiratif a donné un bon résultat pendant 2 ans (obs. 9). L'apparition d'ictères à rechute et de douleurs abdominales fit pratiquer une hépatico-jéjunostomie sur anse en Y. Trois ans et demi après la première intervention, le faux-kyste n'a pas récidivé et le malade va bien.



Nous déplorons enfin 3 décès :

- par insuffisance rénale et oligo-anurie (obs. 4)
- par coma hépatique (obs. 7)
- par défaillance cardio-respiratoire (obs.10)

Deux malades actuellement décédés, ont présenté dans les suites opératoires, une amélioration spectaculaire. Les décès ne peuvent être liés à la méthode de drainage, mais bien au mauvais état clinique et métabolique du malade.

Dans notre série, comme dans la littérature, le drainage externe simple ou aspiratif, apporte un bon résultat thérapeutique chez près de 50% des malades.

Il permet la survie dans la plupart des cas graves, en réservant la possibilité d'une intervention ultérieure plus longue et difficile.

Le tableau IX, nous montre :

- des résultats variables quant aux complications post-opératoires.  
Nous observons 38% de complications ou récidives pour 407 drainages externes, avec une mortalité de 7,6%.
- Si l'on exclut les résultats de MICHOUlier (155), nous trouvons environ 22% de fistules post-opératoires.
- En fait la même année, FORSTER (73) en trouve 45%, et LEGER (130) 14%.

Un certain nombre de ces fistules externes guérissent spontanément.

Dans notre série, 2 fistules ont guéri sans traitement.

- Chez ANDERSON (7), 5 fistules sur 6 se sont tarées d'elles mêmes.

#### - Les hémorragies après drainage externe

Elles sont plus rares que dans les dérivations internes : 2,4% d'hémorragies graves signalées. (statistique à partir de 1967).

#### - Les récidives

Les récidives précoces sont rares si plusieurs fistulographies



TABEAU IX

| AUTEUR                    | DRAINAGE<br>EXTERNE                                 | NOMBRE | COMPLICATIONS POST-<br>OPERATOIRES                                            | RECIDI-<br>VES         | REINTER-<br>VENTIONS     | DECES                      |
|---------------------------|-----------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------|
| MICHOULIER<br>1958        | 190 pk nécroti-<br>ques<br>95 pk trauma-<br>tiques  | 285    | 110 fistules ou récidives                                                     |                        | ?                        | 13                         |
| POILLEUX<br>BLOCH<br>1967 |                                                     | 6      | 1 hémorragie<br>(hypertension<br>portale)<br>1 exulcération<br>gastrique..... |                        | 1 gastrec-<br>tomie..... | 1                          |
| BIGAY<br>1969             |                                                     | 22     | ?                                                                             |                        | 3                        | 6                          |
| ADLOFF<br>1969            | 6 drainages<br>par sonde<br>1 marsupiali-<br>sation | 7      | 2 fistules<br>temporaires                                                     |                        |                          |                            |
| FORSTER<br>1971           |                                                     | 24     | 1 hémorragie grave<br>10 fistules                                             | 6                      | 10                       | 1                          |
| LEGER<br>1971             | 38 sur sonde<br>4 marsupia-<br>lisation             | 42     | 1 hémorragie grave<br>6 fistules                                              | 6                      | 8                        | 5<br>décès<br>précoces     |
| ANDERSON<br>1972          | sur sonde                                           | 8      | 6 fistules<br>(5 guérisons<br>spontanées)                                     | 1                      |                          | 2<br>(par sep-<br>ticémie) |
| Nos Obser-<br>vations     | aspiratif 11<br>simple 2                            | 13     | 3 fistules                                                                    | 1 précoce<br>1 tardive | 5                        | 3                          |
| TOTAL                     |                                                     | 407    | 156 complications ou<br>récidives soit<br>38 %                                |                        |                          | 31<br>soit<br>7,6%         |



de contrôle ont été réalisées et si l'aspiration n'a pas été supprimée trop tôt.

Le pourcentage de récurrence varie au voisinage de 15% ...

\* LEGER ..... 14%

\* FORSTER ..... 25%

\* ANDERSON ..... 13%

Dans notre série d'observations, nous trouvons 2 récurrences pour 13 drainages externes, soit ... 15,3%.

(la statistique depuis 1967, donne un pourcentage moyen de 12,3%).

Si l'on inclus le simple drainage de la loge pancréatique après traumatisme de l'observation 18, nous comptons 5 réinterventions après drainage externe.

- une hépatico-jéjunostomie pour compression biliaire par pancréatite chronique a été réalisée avec succès, après 2 ans de vie normale (obs. 9).
- une triple dérivation pour récurrence de faux-kyste, 10 mois après drainage aspiratif a apporté la guérison depuis 1 an et demi (obs. 11).
- un faux-kyste traumatique, apparu malgré un drainage externe pancréatique, a été guéri depuis maintenant 6 ans, par une kysto-gastrostomie (obs. 18).
- chez 2 malades, une spléno pancréatectomie gauche a traité et guéri un faux-kyste virtuel avec fistule intarissable (obs. 22 et 23).

Les 5 drainages qui ont nécessité une réintervention, ont tous été pratiqués sur un pancréas en nécrose aiguë.

Nous déplorons 3 décès sur 13 drainages externes. Les étiologies de ces décès, ne semblent pas liées ni à la méthode, ni à ses complications propres.





## LES DERIVATIONS INTERNES

Dans notre série d'observations, une kysto-gastrostomie trans-gastrique a été réalisée 7 fois, avec 6 fois un bon résultat (disparition de toute symptomatologie). Quatre malades sont en parfaite santé depuis plus de 6 ans (obs. 14, 15, 17, 18).

Un malade traité il y a 2 ans, par l'opération de JURASZ, ne souffre que d'un diabète instable (pancréatite chronique calcifiante).

Deux fois, la guérison du faux-kyste a laissé persister des douleurs et des signes d'insuffisance pancréatique (obs. 13, 16).

Une réintervention fut nécessaire dans le premier cas, du fait de la compression duodénale par la pancréatite chronique.

Une kysto-jéjunostomie avec cholédoco-jéjunostomie a apporté un bon résultat pendant 1 an. Une hémorragie digestive grave, mise alors sur le compte de l'hypertension portale, était due à une ulcération duodénale qui a été suturée. Le malade est décédé de sa cirrhose hépatique, 2 ans après la guérison du faux-kyste (obs. 19).

Nous rapprocherons de ces kysto-anastomoses internes, la triple dérivation sur anse montée en Y (selon SALEMBIER), avec un bon résultat depuis 1 an et demi (obs. 11).

Nous ne retrouvons pas dans nos observations, l'hémorragie digestive post-opératoire précoce, mais une hémorragie tardive par ulcération duodénale.

Sur le tableau X, nous notons :

- 9 hémorragies pour 77 kysto-gastrostomies ..... 11%
- 8 hémorragies pour 53 kysto-jéjunostomies ..... 15%



TABEAU X : DRAINAGES INTERNES

| AUTEUR                        | NOMBRE | K.GASTROS-<br>TOMIE | K.DUODENOSTO-<br>MIE | K.JEJUNOS-<br>TOMIE | COMPLICATIONS                                                                                                   | RECIDI-<br>VES | DECES         |
|-------------------------------|--------|---------------------|----------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| ADLOFF<br>I969                | 29     | 15 .....            | 3                    | 11.....             | (3 hémorragies<br>(1 rétention<br>( intra-kystique<br>(2 hémorragies                                            |                |               |
| BIGAY<br>I969                 | 16     | 9                   | 2 .....              | 5 .....             |                                                                                                                 | 1              | 1<br>(cancer) |
| SAEGESSER<br>BOUMGHAR<br>I970 | 30     | 13 .....            | 4                    | 13 .....            | 1 hémorragie .....                                                                                              | 1              | 1             |
| LEGER<br>I971                 | 36     | 20 .....            | 9 .....              | 7 .....             | 2 hémorragies .. 2<br>2 hémorragies .. 2                                                                        |                | 1<br>(cancer) |
| FORSTER<br>I971               | 27     | 9 .....             | 6                    | 12 .....            | 1 hémorragie .. 3 .....                                                                                         | 1              | 1             |
| ANDERSON<br>I972              | 19     | 4 .....             | 11 .....             | 4 .....             | 2 hémorragies<br>1 sténose<br>duodénale.... 1<br>2 hémorragies                                                  |                |               |
| Nos obser-<br>vations         | 9      | 7                   |                      | 1 .....             | 1 hémorragie<br>tardive.....                                                                                    |                | 1             |
| TOTAL                         | 165    | 77 .....            | 35 .....             | 53 .....            | 9 hémorragies... 5.....<br>(1 sténose<br>( duodénale... 3 .....<br>(2 hémorragies<br>8 hémorragies... 3 ..... 3 |                | 2<br>1<br>3   |



COGBILL en 1968, sur 16 cas d'hémorragies pseudo-kystiques, signale 9 décès soit 56% (39).

Sur 9 malades décédés, 2 seulement ont eu une tentative d'hémostase chirurgicale.

Chez les 7 survivants, l'hémorragie a été contrôlée 6 fois par une réintervention rapide. Une fois seulement, le malade a pu survivre grâce à la transfusion.

Ces chiffres montrent bien qu'en cas d'hémorragie d'origine pseudo-kystique, seule la réintervention d'urgence offre les meilleures chances de survie.

Sur le tableau X, nous notons également :

|   |                                                         |      |
|---|---------------------------------------------------------|------|
| 5 | récidives de faux-kyste après 77 kysto-gastrostomies... | 6,4% |
| 3 | " " " " 53 kysto-jéjunostomies...                       | 5,6% |
| 3 | " " " " 35 kysto-duodénostomies..                       | 8%   |

Le nombre de réinterventions est faible :

MICHOULIER en 1958, a noté 22 réinterventions pour 226 dérivations internes (153).

Les auteurs cités sur notre tableau ont signalé au total 17 réinterventions pour 165 anastomoses internes, soit une moyenne de 10%.

Nous notons enfin, 6 décès pour 165 anastomoses internes ... 3,6%

dont : 1,2% après kysto-gastrostomie  
0,6% après kysto-duodénostomie  
1,8% après kysto-jéjunostomie





## LES EXERESES

Une spléno-pancréatectomie gauche a été réalisée 7 fois (obs. 20 à 26), pour des faux-kystes du corps ou de la queue pancréatique. Beaucoup communiquaient avec les canaux pancréatiques.

La spléno-pancréatectomie d'amont a apporté 6 fois une guérison radicale du faux-kyste avec des suites opératoires parfois compliquées.

Dans les suites d'une spléno-pancréatectomie gauche (obs.20), sont apparus une pleurésie purulente puis un abcès du flanc droit. Malgré une insuffisance pancréatique et une oddite cicatricielle, une reprise de poids trop importante a fait prescrire un anorexigène. L'exérèse d'un nodule hépatique en cours d'intervention a probablement décapité une maladie de Hodgkin débutante. La malade est en bonne santé avec un recul de 4 ans et 3 mois.

Le malade de l'observation 25, présentait une réaction médullaire de type para-néoplasique, en faveur de l'exérèse d'autant que le faux-kyste communiquait avec le Wirsung. La pancréatectomie gauche d'assèchement a apporté la guérison.

Nous déplorons un décès dans une observation de 2 faux-kystes corporéo-caudaux, dont l'un communiquait avec le Wirsung caudal. (obs. 21). Il a été réalisé une exérèse en bloc des 2 faux-kystes et du pancréas d'amont. Le malade est décédé au 4ème jour post-opératoire par décompensation de son insuffisance respiratoire. On peut se demander si un double drainage externe des 2 faux-kystes n'aurait pas permis la survie de ce malade fragile. Cependant, les lésions pancréatiques auraient fait obligatoirement réintervenir chez un malade peut-être dans un état encore plus précaire. (insuffisance respiratoire évolutive).



Un malade enfin, a bénéficié d'une duodéno-pancréatectomie céphalique pour faux-kyste et pancréatique chronique de la tête du pancréas (obs. 27).

Son état est satisfaisant au bout d'un an et demi, mis à part une stéatorrhée et des troubles carenciels.

Le tableau XI, nous montre :

que 110 interventions d'exérèses ont été réparties comme suit :

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| -pancréatectomie gauche .....              | 74 |
| -pancréatectomie para-totale .....         | 3  |
| - duodéno-pancréatectomie céphalique ..... | 33 |

Certains auteurs ont accusé les exérèses d'amont de favoriser l'apparition des diabètes sucrés.

SAEGESSER et BOUMGHAR par exemple, ont signalé 2 diabètes post-opératoires après 7 pancréatectomies gauches (202).

Cependant, en 1964 MALLET-GUY a déclaré qu'aucun diabète n'est apparu après 55 pancréatectomies d'amont : " ces diabètes ne se voient que dans la lithiase du Wirsung, affection très particulière qui évolue vers la destruction progressive de la glande " (145).

Les complications signalées, sont peu nombreuses.

Ce sont celles là mêmes que l'on peut trouver après toute chirurgie abdominale longue et difficile :

pleurésies, abcès de paroi, trouble ventilatoire, fistule digestive, etc...

SAEGESSER en 1970, signale 2 décès après exérèse, par évolution terminale d'un cancer pancréatique (202).

La possibilité d'un petit cancer noyé dans la pancréatite chronique a été évoquée depuis longtemps. MICHOUPLIER dans sa thèse (1958) signale une plus grande fréquence de lésions néoplasiques associées à un faux-kyste, que de lésions traumatiques du pancréas.

Cette notion plaide bien sûr, en faveur de la pancréatectomie d'amont.



TABEAU XI : EXERESES

| AUTEUR                | EXERESE                                                          | NOMBRE                       | Complications post-opératoires précoces                         | RECIDIVE | REINTERVENTION | DECES                                 |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------|----------------|---------------------------------------|
| MICHOULIER<br>1958    | Kisto-pancréatec-<br>tomies d'amont<br>Pancréatectomies<br>pures | 8<br>12                      |                                                                 |          |                |                                       |
| ADLOFF<br>1969        | Pancréatectomies<br>gauches                                      | 3                            |                                                                 |          |                |                                       |
| BIGAY<br>1969         | Pancréatectomies<br>gauches<br>D P C                             | 3<br>24                      | I obstruction de<br>l'anastomose pan-.....<br>créatico-jéjunale |          | I              | I<br>(cirrhose)<br>3 décès<br>tardifs |
| SAEGESSER<br>1970     | Pancréatectomies<br>gauches<br>D P C                             | 7<br>1                       | 2 diabètes                                                      |          |                | I (cancer)<br>I (cancer)              |
| FORSTER<br>1971       | Pancréatectomies<br>gauches<br>Pancréatectomies<br>para-totales  | 18<br>3.....                 | I fistule                                                       |          |                | ..... 2                               |
| LEGER<br>1971         | Pancréatectomies<br>gauches<br>D P C                             | 11<br>7                      | 1 fistule transitoire<br>I fistule transitoire                  |          |                | I<br>(pk infect)                      |
| ANDERSON<br>1972      | Pancréatectomies<br>gauches                                      | 5                            | I arrêt cardiaque<br>récupéré                                   |          |                |                                       |
| nos observa-<br>tions | Pancréatectomies<br>gauches<br>D P C                             | 7<br>1                       | I bronchoplégie.....<br>I pleurésie purulente                   |          |                | ..... 1                               |
| TOTAL                 |                                                                  | 110<br>(74 P.G.)<br>(33 DPC) | 9                                                               |          |                | 10<br>soit 9 %                        |





TABLEAU XII

| RECU                     | I AN |       |         | I A 3 ANS |       |         | 3 à 5 ANS |       |         | PLUS DE 5 ANS |       |         | total |
|--------------------------|------|-------|---------|-----------|-------|---------|-----------|-------|---------|---------------|-------|---------|-------|
|                          | bon  | moyen | mauvais | bon       | moyen | mauvais | bon       | moyen | mauvais | bon           | moyen | mauvais |       |
| Drainage externe         | 5    | I     | 4       | 2         |       |         |           | I     |         |               |       |         | 13    |
| Kysto-gastrostomie       |      |       |         | I         | I     |         |           |       |         | 4             | 1     |         | 7     |
| Kysto-jéjunostomie       |      |       |         |           |       | 1       |           |       |         |               |       |         | 1     |
| Triple dérivation        |      |       |         | I         |       |         |           |       |         |               |       |         | 1     |
| Pancréa-tectomie gauche  | 2    |       | 1       | 1         | 1     |         |           | 1     |         | 1             |       |         | 7     |
| Duodéno-pancréa-tectomie |      |       |         |           | 1     |         |           |       |         |               |       |         | 1     |

Le tableau XII, indique le résultat de nos interventions et leur recul.

Chaque méthode donne des résultats satisfaisants dans l'ensemble, bien que le drainage externe n'évite pas une assez forte proportion de complications. Comme nous l'avons vu plus haut, il a souvent le mérite de faire dépasser la phase critique et de permettre dans un second temps une intervention plus complète. Ce fut le cas dans 3 de nos " 4 mauvais résultats ".

Les dérivations internes ont donné de beaux succès thérapeutiques, comme dans l'observation 17 où un faux-kyste hémorragique est guéri depuis 11 ans après kysto-gastrostomie.

Les exérèses ont apporté également de bons résultats chez la plupart des opérés, malgré quelques complications post-opératoires précoces.





## LA MORTALITE

L'étude statistique de la mortalité, nous a fait trouver les résultats suivants :

|                       | Drainage<br>externe | Dérivation<br>interne | Exérèse |
|-----------------------|---------------------|-----------------------|---------|
| Nos observa-<br>tions | 28%                 | 11%                   | 12%     |
| Pourcentage<br>moyen  | 7,6%                | 9,7%                  | 9%      |

Ce pourcentage moyen a été calculé à partir des tableaux IX - X et XI.

Nous expliquons notre plus grande mortalité après drainage externe, par le fait que plusieurs malades ont été opérés dans un état désespéré.

Nous observons par ailleurs, que la mortalité oscille au environ de 10%, quelque soit la technique chirurgicale employée.

\* \* \*



## LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

-----

Tout pseudo-kyste diagnostiqué doit être opéré, mais l'indication chirurgicale sera très nuancée selon l'état général du malade, la nature et la topographie du faux-kyste.

Il faudra tenir compte des conditions locales, de l'éventuelle communication avec les canaux pancréatiques, de l'inflammation régionale, des lésions vasculaires et du degré d'infection.

Nous ne reviendrons pas sur l'importance du bilan pré-opératoire et des explorations anatomique et pancréatique per-opératoire.

### Les pseudo-kystes à prédominance rétentionnelle

réalisent des cavités liquidiennes petites, très proches des kystes vrais ou de l'hydro-pancréatose de SOUPAULT.

Plus que l'exérèse, le meilleur traitement semble être une large anastomose wirsung-jéjunale en latéro-latérale, ou une wirsung-duodénostomie trans-jéjunale selon THAL.

Les faux-kystes nécrotico rétentionnels (pancréatite chronique) ou nécrotiques purs (pancréatite aiguë) doivent faire différencier 2 cas fondamentaux.

### LA SITUATION EST DEFAVORABLE d'EMBLEE

- Si le faux-kyste est en formation, dans les suites immédiates d'une pancréatite aiguë.
- S'il est très évolutif, avec une augmentation de volume rapide et une haute teneur enzymatique (malgré les antienzymes).
- S'il paraît infecté (fièvre, hyper-leucocytose, liquide purulent à la ponction).
- L'état général du malade peut enfin être précaire.

Il faut alors faire bénéficier le malade d'une forte antibiothérapie et de fortes doses d'antienzymes, pour tenter d'enrayer l'infection et le développement du faux-kyste vers une complication.



Lorsqu'il est possible d'ajourner l'intervention, l'intérêt du malade est d'attendre sous surveillance stricte, en milieu hospitalier, qu'une membrane solide se constitue pour permettre une anastomose interne de bonne qualité.

Selon POLK, ZEPPA et WARREN, les drainages internes primaires des faux-kystes aigus ou infectés, ont une morbidité et une mortalité excessives (ruptures des anastomoses kysto-digestives).

Dans ces conditions, il faut souvent se contenter d'un drainage externe aspiratif après ablation prudente des séquestres.

#### LA SITUATION PEUT ETRE PLUS FAVORABLE

C'est le cas lorsque le malade n'est pas infecté, que l'amy-lasémie et l'amy-lasurie sont basses et que les phénomènes inflammatoires au niveau du faux-kyste, sont à minima.

Les indications sont alors plus nuancées, et l'on tient compte du caractère communiquant ou non, du volume et de la localisation du faux-kyste, par rapport aux limites de la glande.

#### Les pseudo-kystes extra-parenchymateux

Quelque soit leur origine, ils peuvent être traités avec succès par une méthode de drainage.

Le drainage externe par une sonde grosse et souple, s'adresse en particulier, aux faux-kystes non communiquants.

Lorsque la collection est très volumineuse, LEGER propose d'y associer un drainage du Wirsung transpapillaire " qui assurera temporairement l'évacuation du suc pancréatique, soulagera les voies excrétrices, et réduira d'autant les risques de fistule pancréatique externe ".

Lorsque l'état du malade est assez satisfaisant, la kysto-gastrostomie, méthode simple et relativement rapide, pourra apporter même en cas de faux-kyste " éteint " un confort appréciable au malade, à la période post-opératoire.

---

\* - POLK H.C., ZEPPA R. et WARREN W.D.- Signification chirurgicale des faux-kystes pancréatiques aigus et chroniques. Ann. Surg., 1969, 169, 444-446.





Si une communication kysto-wirsungienne est reconnue ou soupçonnée, et que la pseudo-paroi est suffisamment épaisse et solide, on préfère généralement une dérivation interne dans l'estomac ou le jéjunum.

Le chirurgien pourra également décider de l'exérèse, surtout en cas de faux-kyste gauche, et sous réserve que le sacrifice parenchymateux ne soit pas préjudiciable au malade... spléno-pancréatectomie gauche associée souvent à une pancréatico-jéjunostomie.

#### Les faux-kystes intra-parenchymateux

Les techniques de drainage externe gardent leurs indications notamment, si la région est encore inflammatoire ou si le kyste est infecté.

Les remaniements anatomiques rendent parfois une dérivation interne dangereuse ou impossible sur le plan technique.

Les techniques de dérivation interne, avec des nuances selon la localisation, sont souvent préférées, surtout si une communication avec le Wirsung est soupçonnée.

Si les lésions de pancréatite chronique sont sévères, les méthodes d'exérèses sont plus logiques, car elles s'attaquent à l'étiologie du faux-kyste.

#### Le choix du drainage interne selon la localisation du kyste.

##### \* Les faux-kystes céphaliques

Ils sont fréquemment fixés au duodénum, parfois dans la partie supérieure de la glande.

Si la lumière duodénale est très proche, on peut réaliser une kysto-duodénostomie, en évitant de blesser les vaisseaux pancrético-duodénaux.

Les grands faux-kystes occupent parfois tout le volume de la tête pancréatique, et rendent difficile un bon drainage déclive.



On préfère dans ces cas, la kysto-jéjunostomie sur anse montée en Y.

Dans l'observation 19, cette intervention a été associée à une hépatico-jéjunostomie.

Certains petits faux-kystes sont parfois greffés sur le canal pancréatique accessoire de SANTORINI. Les interventions habituelles de drainage du Wirsung, ne doivent pas ignorer ces petites cavités responsables de récidives.

Quand un faux-kyste céphalique gêne la vidange de l'estomac, une jéjunostomie temporaire d'alimentation peut être très efficace.

\* Les pseudo-kystes de l'isthme ou du corps pancréatique.

Ces tumeurs repoussent le plus souvent la paroi postérieure de l'estomac.

L'expérience montre que la kysto-gastrostomie est une bonne méthode de traitement (à condition que l'hémostase soit rigoureuse). Cependant, certains auteurs préfèrent la kysto-jéjunostomie pour éviter tout reflux.

\* Les pseudo-kystes de la queue du pancréas.

L'anastomose interne est plus rarement utilisée, sauf associée à une pancréatectomie d'amont. (suture de la tranche de section sur une anse jéjunale)...

### Les techniques d'exérèses

\* La spléno-pancréatectomie gauche.

Elle s'applique surtout aux faux-kystes de la queue pancréatique, surtout s'il y a :



- une lésion des vaisseaux spléniques (obs. 26)
- une hypertension portale (LEGER)
- une communication avec le Wirsung
- si l'on soupçonne un cancer associé

Le danger de cette technique, quand il y a sténose du Wirsung proximal, est de recréer l'obstruction par ligature du Wirsung tranché (pancréatite aiguë post-opératoire).

On évitera ce danger, et les déperditions enzymatiques, en implantant la tranche de section dans une anse jéjunale.

Les faux-kystes gauches qui adhèrent fortement aux structures environnantes, sont plutôt traités par une anastomose interne.

\* La duodéno-pancréatectomie céphalique.

Elle est indiquée pour certains petits faux-kystes céphaliques branchés sur le Wirsung terminal, dans les pancréatites chroniques à prédominance céphalique.

Elle est indiquée également, en cas de sténose cholédocienne ou duodénale. C'est une opération longue et difficile, dotée d'une mortalité non négligeable, surtout chez les déficients hépatiques.

Cet essai de codifier une attitude chirurgicale en matière de faux-kyste, est un peu abusif, car le choix de la méthode qui va être pratiquée sur le malade, devra être prévue avant l'intervention et décidée après les explorations per-opératoires.



## CONCLUSIONS

-----

Le faux-kyste pancréatique, collection liquidienne sans paroi épithéliale, est une lésion d'étiologie variable : pancréatite aiguë ou chronique, traumatisme ou cancer. C'est également, une maladie relativement rare, qui n'intéresse d'après ROSENBERG que 2% des malades atteints de pancréatite. La fréquence des pseudo-kystes est probablement destinée à s'accroître car l'anti-enzymothérapie qui préserve plus souvent la vie du malade, autrefois compromise, permet le développement de faux-kystes plus nombreux.

Des nombreuses méthodes de traitement, d'indication mal codifiée pendant longtemps, commencent à émerger une ligne de conduite plus précise et quelques indications indiscutables en fonction de l'état du malade, du bilan radiologique pré-opératoire et des lésions analysées par l'exploration radio chirurgicale.

Le traitement des faux-kystes du pancréas est toujours chirurgical, avec appoint des antienzymes, des antibiotiques et des anti-inflammatoires parfois.

A l'aide de 28 observations personnelles de faux-kystes traités chirurgicalement, et de l'analyse comparée des résultats opératoires de la littérature, nous avons tenté de faire le point des méthodes utilisables et de leurs indications.

C'est ainsi que les grandes collections liquidiennes à développement extra pancréatique, nous semblent souvent justiciables d'un drainage externe aspiré ou non, surtout en période aiguë ou en cas d'infection du faux-kyste, ou lorsque l'état du malade est précaire. Mais il faut alors savoir que le drainage externe simple et rapide, est malheureusement suivi de résultats incomplets (fistules) ou d'échecs (récidives) qui obligent à réintervenir.





En l'absence de lésions aiguës et lorsqu'une paroi suturable s'est constituée, le chirurgien peut choisir de dériver le faux-kyste dans la lumière du tube digestif. Ces kysto-anastomoses internes dans l'estomac, le duodénum ou une anse jéjunale, sont souvent préférées pour leurs suites opératoires immédiates plus simples, et le plus grand confort du malade. C'est un bon traitement des faux-kystes communicants avec les voies pancréatiques, et qui évite les déperditions enzymatiques et électrolytiques. Mais elles ne sont pas dénuées de complications graves, en particulier hémorragiques.

Les exérèses kysto-pancréatiques ne sont pas comme les drainages, des méthodes palliatives, mais à visée radicale.

- La spléno-pancréatectomie d'amont a pour but de tarir la sécrétion pancréatique qui entretient le faux-kyste. Elle s'applique plus aux faux-kystes gauches qu'à ceux de localisation médiane, et surtout en cas d'hypertension portale ou de lésion vasculaire splénique.

- La duodéno-pancréatectomie céphalique, intervention beaucoup plus lourde, est indiquée dans certains petits faux-kystes céphaliques avec lésions de pancréatite prédominante à la tête du pancréas et sténosant le Wirsung.

En dehors des indications de nécessité imposées par l'état du malade et des indications logiques selon la forme anatomique du faux-kyste, les indications doivent en outre être très nuancées en tenant compte d'une éventuelle hypertension portale et des lésions vasculaires découvertes par un sérieux bilan radio-chirurgical pré et per-opératoire.

\* \* \*



## BIBLIOGRAPHIE



- 1 - ADLOFF M., KOHLER J.J. et WONG P. - Les pseudo-kystes du pancréas. Analyse de 41 observations et déductions thérapeutiques. - Ann. Chirg., nov. 1968, 22, n°23-24, 1357-1367, 10 fig.
- 2 - ADLOFF M., KOHLER J.J. et WONG P. - Les pseudo-kystes du pancréas. Analyse de 41 observations et déductions thérapeutiques. - Strasbourg méd., mai 1969, 129, n°5, 416-437, 5 tabl.
- 3 - ADLOFF M. et KOHLER J.J. - Le traitement des pseudo-kystes du pancréas. Mise au point à propos de 44 cas opérés. - Praxis, 4 nov. 1969, 58, n°44, 1404-1412, 9 fig. (Bibliogr.) (Texte français).
- 4 - ADLOFF M., LAMBERT M., NOUZHA E., MAITROT D. et FORSTER E. - Réinterventions précoces et tardives après chirurgie des pseudo-kystes du pancréas. A propos de 15 observations. - Chirurgie, 27 oct. - 3 nov. 71, 97, n°10, 667-678 (Bibliogr.).
- 5 - AEPLI R. - A propos d'un pseudo-kyste pancréatique simulant une tumeur abdominale maligne. - Schweiz. med. Wschr., 21 av. 1962, 92, n°16, 479-485 (Bibliogr.) (Texte français).
- 6 - ALEXANDRE J.H. - A propos d'un faux-kyste du pancréas. Fait clinique.- J. Méd. Chir. prat., fév. 1971, 142, n°6, 195-199.
- 7 - ANDERSON M.C. - Traitement des pseudo-kystes pancréatiques (34 cas dont 32 consécutifs à une pancréatite alcoolique).- Amer. J. Surg., fév. 72, 123, n°2, 209-221, 18 fig.
- 8 - ARB W.H. et GRIMES E.L. - Pseudo-kystes du pancréas. Rapport de 17 cas.- Amer. J. Surg., juil. 1960, 100, n°1, 30-37, 6 fig. (Bibliogr.).
- 9 - ATTARD J. - Pseudo-kyste du pancréas chez un enfant (après pancréatite aiguë). - Brit. J. Surg., mars 1969, 56, n°3, 235-238 (Bibliogr.).
- 10 - BABIN S. - Thèse 1966.
- 11 - BABIN S. et coll. - Production expérimentale de faux-kystes du pancréas chez le chien et le rat.- Arch. franç. Mal. app. dig., sept. 1967, 56, n°9, 898-899.
- 12 - BALFOUR J.F. - Pseudo-kystes pancréatiques : complications et rapport avec le programme du traitement.- Surg. Clin. North. Amer., av. 1970, 50, n°2, 395-402 (Bibliogr.).
- 13 - BARAT J.J. - Apports de l'artériographie bi-sélective du tronc coeliaque et de la mésentérique supérieure dans l'exploration des pseudo-kystes de la queue du pancréas. - Thèse Paris, 1971, n°59, 44 pages.
- 14 - BARDENHEIER J.A., QUINTERO O. et BARNER H.B.- Faux anévrysme dans un pseudo-kyste pancréatique.- Ann. Surg., juil. 1970, 172, n°1, 53-55 (Bibliogr.).
- 15 - BECKER W.F., PRATT H.S. et GANJI H.- Pseudo-kystes du pancréas.- Surg. Gyn. Obst., oct. 1968, 127, n°4, 744-747 (Bibliogr.).
- 16 - BELOXSKI H. et coll.- Pseudo-kystes du pancréas dans nos propres observations.- Polski Tygod. Lek., 1966, 21, n°30, 1153-1155 (Bibliogr, (Résumé anglais).





- 17 - BELYAEV A.A. et SHINDYAIKIN A.P.- Saignements des pseudo-kystes du pancréas.- Khirurgiya (Mosk.), 1973, n°7, 61-65 (Bibliogr.) (Résumé anglais).
- 18 - BERAUD C. et coll.- Pseudo-kyste du pancréas chez l'enfant. (un cas après pancréatite aiguë).- J. Radiol. Electrol., mai 1966, 47, n°5, 227-231 (Bibliogr.).
- 19 - BERGMANN F., JACOBS E., MALAISSE W. et THYS J.P.- Fistulation pleurale d'un pseudo-kyste pancréatique.- Lille chir., janv.-fév. 1966, 21, n°1, 128-135 (Bibliogr.).
- 20 - BERNE et EDMONSON.- Fistulisation colique d'origine pancréatique. Amer. J. Surg., 111, 359, 1966.
- 21 - BERTRAND L., CARABALONA P., MICHEL H. et DORST V. (Melle).- Pleurésie intarissable et pseudo-kystes du pancréas. Deux cas dont un avec fusée enzymatique pancréatico-médiastinale.- Bordeaux méd., sept. 1969, 2, n°9, 1853-1867, 9 fig. (Bibliogr.).
- 22 - BESROUR et SADOK.- Les pleurésies à enzymes pancréatiques au cours des affections du pancréas. Thèse Lyon 1968, n°707.
- 23 - BETTEX M., KUFFER F. et SCHARLI A.- Pseudo-kyste du pancréas chez l'enfant.- Schweiz. Med. Wschr., 19 mars 1966, 96, n°11, 342-348 (Bibliogr.).
- 24 - BIGAY J.G.- Traitement chirurgical des pseudo-kystes du pancréas. (A propos de 63 observations).- Thèse Lyon, 1969, n°185, 148 pages, in Lyon med., 28 déc. 1969, 222, n°47, 1283.
- 25 - BOSC R., BANGEMANN G., POUS J.G. et CAVALIER B.- Pseudo-kyste post-traumatique chez l'enfant. Soc. F. Péd. (Languedoc), 244, janvier 1973.
- 26 - BOSCAINO N.- A propos des kystes et pseudo-kystes du pancréas.- Policlinico, (sez-prat.), 23 mai 1960, 67, n°21, 745-749 (Bibliogr.) (Résumé français).
- 27 - BRADLEY El. et Al.- Implication of diagnostic ultrasound in the surgical management of pancreatic pseudo-cysts. Amer. J. Surg., 127, 163-73, fev. 1974.
- 28 - BRANCADORO G., PETRASSI A., ROMBOLA F. et CAGNONI G.C.- Pseudo-kyste du pancréas.- Minerva chir., 15 nov. 1967, 22, n°21, 1163-1181, 9 fig. (Bibliogr.).
- 29 - BRET P.- Exploration radiologique du pancréas.- E.M.C. janv. 1975 - 7102 A 10.
- 30 - BUCK B.A. et FLETCHER W.S.- Cancer associé aux kystes pancréatiques (un cas de pseudo-kyste, un cas de kyste par rétention).- Surg. Gyn. Obst., janvier 1972, 134, n°1, 44-46 (Bibliogr.).
- 31 - BUCKMAN C.A. - Hémorragie artérielle dans les pseudo-kystes du pancréas. (intra-kystique).- Arch. Surg., mars 1966, 92, n°3, 405-406 (Bibliogr.).



- 32 - BURROWS L. et POLL M.D.- Ascite massive secondaire à une pancréatite. (par drainage interne et externe de pseudo-kyste).- J. of Mount Sinai Hosp., sept-oct. 1966, 33, n°5, 399-403.
- 33 - CADY J.- Les pseudo-kystes du pancréas.- Vie méd., déc. 1973, (I), 54, n°38, 4898-4906, 9 fig.
- 34 - CARAVATI C.M., ASMORTH J.S. et FREDERICK P.- Pseudo-kystes pancréatiques. J.A.M.A., 15 août 1966, 197, n°7, 572-576 (Bibliogr.).
- 35 - CERILLI J. et FARIS T.D.- Pseudo-kystes pancréatiques. Traitement retardé ou immédiat.- Surgery, av. 1967, 61, n°4, 541-543 (Bibliogr.).
- 36 - CHANAL G.- Pseudo-kyste du pancréas.- Gastroenterologia, 1966, 106, n°3, 154-156 (Texte français).
- 37 - CLERMON R.A.F.- Le problème des pseudo-kystes intra-pancréatiques et de leur traitement chirurgical.- Thèse Paris, 1960, n°451, 63 pages.
- 38 - CLOT J.P.- Les pseudo-kystes du pancréas.- Vie méd., 1er mars 1970, 51, n°9, 1277-1284, 6 fig.
- 39 - COGVILL C.L.- Hémorragie dans les pseudo-kystes pancréatiques. Revue de la littérature et rapport de 2 cas.- Ann. Surg., janv. 1968, 167, n°1, 112-115 (Bibliogr.).
- 40 - COLOMBO P., De MEDICI A., BORRI P. et BONANDRINI L.- Pseudo-kyste du pancréas.- Minerva chir., 31 mai 1970, 25, n°10, 725-757, 40 fig. (Bibliogr.).
- 41 - COQUILLAUD J.P.- Réflexions sur cent un cas de collections enkystées d'origine pancréatique.- Thèse Paris, 1967, n°394, 59 pages.
- 42 - COSIO F.G. et ONSTAD G.R.- Pseudo-kyste pancréatique communiquant avec le duodénum et le colon (kyste après pancréatite).- Amer. J. Gastroent., av. 1972, 57, n°4, 353-358 (Bibliogr.).
- 43 - COUINAUD C., RONAT R., MODARESSI H. et MALAMUD S.- Pseudo-kystes intra-parenchymateux de la tête du pancréas (à propos de 4 observations personnelles).- J. Chir., mars 1962, 83, n°3, 391-414.
- 44 - CUIILLERET J. et coll.- Les formations pseudo-kystiques du pancréas. A propos de 50 cas.- Ann. Chir., août-sept. 1968, 22, n°15-16/17-18, C. 1011 - C. 1028, 10 fig., 10 tabl. (Bibliogr.).
- 45 - DALEN J.M.- Etude de la splénoportographie dans les kystes et pseudo-kystes pancréatiques. (A propos de 5 observations).- Lyon méd., 17 mars 1963, n°11, 670.
- 46 - DALTON W.E., LEE H.M., WILLIAMS G.M. et HUME D.M.- Pseudo-kyste pancréatique à l'origine d'hémobilie et d'hémorragies gastro-intestinales massives.- Amer. J. Surg., juil. 1970, 120, n°1, 106-107 (Bibliogr.).
- 47 - DANIEL P.- Pseudo-kyste pancréatique après pancréatite : problème et conséquence thérapeutiques.- Zbl. Chir., 18 juil. 1970, 95, n°19, 841-844 (Bibliogr.).



- 48 - DARDIK I. et DARDIK H.- Aspects de l'hémorragie dans les pseudo-kystes pancréatiques (hémorragie intra-kystique).- Amer. J. Surg., juin 1968, 115, n°6, 774-776 (Montefiore hosp., Broux, New-York).
- 49 - DAUM R., HECKER W. Ch. et GROZINGER K.H. - Conduite à tenir dans les lésions du pancréas chez l'enfant (pancréatite traumatique (4), rupture du pancréas (3), pseudo-kyste (2).) Mschr. Unfallheilk., oct. 1971, 74, n°10, 457-463 (Bibliogr.).
- 50 - DAY C.P., LANG G., HIEBEL G., BABIN S. et FONTAINE R.- Traitement des pseudo-kystes nécrotiques du pancréas.- Prensa méd. argent., 23 av. 1965, 52, n°13, 747-758, 7 fig. (Bibliogr.).
- 51 - DE DONATO E. et SECCHI B.- Modifications gastriques par pseudo-kyste du pancréas à évolution rapide (1 observation).- Minerva med., 17 oct. 1972, 63, n°73, 4000-4005 (Bibliogr.).
- 52 - DELANNOY E. et MARTINOT M.- A propos du traitement chirurgical des formations kystiques du pancréas.- Acta gastro-entérol. belg., av. 1960, 23, n°4, 287-304, 1 tabl.
- 53 - DENANOT Hubert.- Valeur des dosages enzymatiques dans les pleurésies pancréatiques. Thèse Tours février 1973.
- 54 - DENCKER H., LIEBERG G. et TIBBLIN S.- Le traitement chirurgical des faux-kystes du pancréas.- Acta chir. scand., 1969, 135, n°3, 218-220 (Bibliogr.).
- 55 - DERNIS G.- Considérations générales sur le traitement chirurgical des faux-kystes du pancréas (à propos de 13 observations).- Thèse Paris, 1966, n°728, 55 pages.
- 56 - DESPRUNIEE, GRAVIOU et MEYMANDI.- Retentissement colique d'un faux-kyste du pancréas.- Chir., 3-10 juin 1970, 96, n°9, 615-617.
- 57 - DI CENSO S., GINSBURG S.B. et SNYDER J.H. jr.- Pseudo-kystes chez l'enfant.- Surg. Gyn. Obst., nov. 1964, 119, n°5, 1049-1052, 5 fig.
- 58 - DOUBILET H. et WORTH M.H. jr.- Pseudo-kyste du pancréas annulaire découvert par pancréatographie opératoire.- Surg., nov. 1965, 58, n°5, 824-827 ( Bibliogr. ).
- 59 - DOUSSET J.J., MONASTERIO-PINCKERT R.L., BARRANTES J. et YANEZ W.- Pseudo-kystes du pancréas.- Prensa méd. argent., 1er nov. 1968, 55, n°36, 1753-1757, 6 fig. (Bibliogr.).
- 60 - DOUTRE L.P. - Les pseudo-kystes post-traumatiques du pancréas. A propos de 71 observations françaises recueillies en dix ans.- Bordeaux méd., n°17, nov. 1973, 2735-2750.
- 61 - DOUTRE L.P. et PERISSAT J.- Images curieuses de pseudo-kyste du pancréas. Kystographie per-opératoire.- Presse méd., 22 sept. 1965, 73, n°39, 2236.
- 62 - DOUTRE L.P., PERISSAT J., BERAUD Cl., HIRIGOYEN Ph. et TAMARELLE C.- Diagnostics des nécroses pancréatiques. Intérêt de la ponction - lavage du péritoine. Nouv. Presse méd., 1972, 1, 515-517.





- 63 - DOUTRE L.P., PERISSAT J., TAVERNIER J., HIRIGOYEN Ph. et BAULIEU J.Cl.-  
A propos des contusions de l'abdomen : intérêt et place respective de  
la ponction, lavage du péritoine et de l'artériographie sélective  
du tronc coeliaque dans le diagnostic des lésions hépatospléniques.  
Mém. Acad. Chir., 1971, 97, 383-386.
- 64 - DUBOIS M., ROUSSELET J. et TESTART J.- Sténose occlusive de l'angle  
gauche du colon due à un faux-kyste du pancréas.- Arch. franç. Mal.  
appa. dig., sept. 1966, 815, 55, n°9.
- 65 - EASTMAN P.F. et coll.- Pseudo-kystes du pancréas.- Ann. Surg. (suppl.)  
déc. 1961, 154, n°6, 231-238 (Bibliogr.).
- 66 - EHRLICH E.W. et GONZALEZ-LAVIN L.- Traitement des pseudo-kystes par  
kystogastrostomie.- Arch. Surg., déc. 1966, 93, n°6, 996-1001  
(Bibliogr.).
- 67 - ESCAT et coll.- Notre expérience des faux-kystes du pancréas.- Arch.  
Mal. app. dig., août-sept. 1971, 60, n°8-9, 492-493.
- 68 - ESCAT et coll.- Notre expérience des faux-kystes du pancréas (par  
pancréatite). Bordeaux méd., oct. 1971, 4, n°10, 2741.
- 69 - FARBER S. et VAWTER G.F.- Confrontation anatomo-clinique du "Children"  
Hospital Medical Center de Boston : une pancréatite avec pseudo-  
kyste chez une enfant de 6 mois.- J. of Ped., déc. 1960, 57, n°6,  
936-945, 8 fig.
- 70 - FARINON A.M.- Hémopéritoine par association de rupture et d'hémor-  
ragie de pseudo-kyste du pancréas.- Minerva chir., 15-31 août 1972,  
27, n°13, 724-729 (Bibliogr.).
- 71 - FOLK F.A. et FREEARK R.J.-Réinterventions pour pseudo-kyste pan-  
créatique.- Arch. Surg., av. 1970, 100, n°4, 430-437 (Bibliogr.).
- 72 - FONTAINE R., LANG G., HIEBEL G., BABIN S. et PEREZ-DAY C.- A propos  
de 31 pseudo-kystes nécrotiques du pancréas. Données cliniques  
et thérapeutiques. Résultats éloignés.- Lyon chir., juil. 1965,  
61, n°4, 496-510, 6 fig. (Bibliogr.).
- 73 - FORSTER E., ADLOFF M., LAMBERT M. et NOUZHA E.- Les pseudo-kystes  
du pancréas. Affection chirurgicale.- Entretiens Bichat (Chir. et  
Spéc.), 1971, 185-190.
- 74 - FORSTER E., ADLOFF M., LAMBERT M., NOUZHA E., Mme BEUGNET O. et  
ALOUANI M.- Le traitement des faux-kystes du pancréas. A propos de  
69 observations.- Bull. de l'ass. nord Lotharingtienne de gastro-  
entérologie. Tome 9, oct. 1971.
- 75 - FOX N.M. jr., FERRIS D.O., MOERTEL C.G. et WAUGH J.M.- Coexistence  
d'un pseudo-kyste et d'un cancer du pancréas.- Ann. Surg., déc. 1963,  
158, n°6, 971-974 (Bibliogr.).
- 76 - FRAISSE H. et MELEY J.- (St-Etienne) - Pseudo-kystes traumatiques  
du pancréas. (deux cas dont un chez l'enfant).- Journal de méd. de  
Lyon, 5 mars 1962.





- 77 - GALLIGAN J.J. et WILLIAMS H.J.- Pseudo-kystes pancréatiques dans l'enfance (extension médiastinale inhabituelle).- Am. J. Dis. Child., nov. 1966, 112, n°5, 479-482 (Bibliogr.).
- 78 - GAUTIER-BENOIT C. et coll.- Rupture artérielle au cours de l'évolution des pseudo-kystes pancréatiques.- Ann. Chir., août-sept. 1970, 24, n°15-16/17-18, C. 909-C. 915, 8 fig. (Bibliogr.).
- 79 - GATCH W.D. et BRICKLEY R.A.- Perforation colique par nécrose aiguë du pancréas.- Arch. Surg., 63 : 698, 1951.
- 80 - GAY B.- Problèmes diagnostiques et thérapeutiques des pseudo-kystes du pancréas.- Zbl. Chir., 27 fév. 1971, n°9, 306-314 (Bibliogr.).
- 81 - GAYRAL F., BOUQUET P., BIENAYME J., LE BRIGAND H. et MERLIER M.- A propos de deux observations de faux-kystes du médiastin d'origine pancréatique.- Ann. Chir. thorac. et cardio-vasc., oct. 1973, 12, n°4, 427-432.
- 82 - GEE W., FOSTER E.D. et DOOHEN D.J.- Pseudo-kyste pancréatique médiastinal.- Ann. Surg., mars 1969, 169, n°3, 420-424.
- 83 - GIELIS P.- Dix-huit faux-kystes du pancréas. Traitement et résultats.- Acta Chir. belge., 1962, 61, n°9, 979-1020 (Bibliogr.).
- 84 - GOLOVINCHITS V.A. - Kystes pancréatiques (5 vrais, 7 faux).- Chirourgia (Moscou), 1969, n°8, 115-119 (Bibliogr.).
- 85 - GONZALEZ L.L., JAFFE M.S., WIOT J.F. et ALTEMEIER W.A.- Pseudo-kyste pancréatique : une cause d'ictère par occlusion.- Ann. Surg., av. 1965, 161, n°4, 569-576, 5 fig. (Bibliogr.).
- 86 - GORDER J.L. et STARGARDTER F.L.- Pseudo-kystes pancréatiques simulant des masses intra-rénales.- Am. J. Roentgenol., sept. 1969, 107, n°1, 65-68, 7 fig. (Bibliogr.).
- 87 - GOSSELIN M. et GASTARD J.- Ascite et pancréatite chronique primitive.- Le journal des agrégés. Gastro-entér. - n°12, déc. 1973.
- 88 - GOUIN B. et coll.- Hémorragie aiguë par rupture d'une artère pancréatico-duodénale au contact d'un pseudo-kyste pancréatique.- Ann. Méd. interna., av. 1972, 123, n°4, 369-373 (Bibliogr.).
- 89 - GOVAERTS J.P.- Le traitement des pseudo-kystes du pancréas.- Acta gastroenterol. belge., mars 1963, 26, n°3, 223-235 (Bibliogr.).
- 90 - GREENSTEIN A., DEMATO E.F. et NABSETH D.C.- Hémorragie aiguë associée à des pseudo-kystes pancréatiques (hémorragies fécales, intra-kystiques, hématoméses). - Surgery, janv. 1971, 69, n°1, 56-62 (Bibliogr.).
- 91 - GROUD J. Th.- Le trasylol comme adjuvant dans le diagnostic et le traitement du pseudo-kyste du pancréas.- Nederlands Tijdschrift voor Genesland, 109, 11, 32, 1510-2, 1965.
- 92 - GROVER N.K., GULATI S.M. et TANEJA O.P.- Rupture intra-péritonéale spontanée d'un pseudo-kyste pancréatique.- Amer. J. Gastroent., janv. 1973, 59, n°1, 67-72 (Bibliogr.).



- 93 - GUILLEMIN G., VACHON A., GIRARD M., BRAILLON G., GUILLERET J. et TETE R.- Résultats de la duodéno-pancréatectomie céphalique pour lithiase pancréatique. 45 observations. Arch. mal. app. dig., 1967, 56, 949-960.
- 94 - GUNSTONE R.F., CLAXTON R., D'ARBELA P.G. et KAJUBI S.K.- Ascite pancréatique (chez un adolescent de 16 ans, avec pseudo-kyste).- Brit. med. J., 6 mars 1971, 1, n°5478, 536.
- 95 - GUYER P.B. et AMIN P.H.- Mise en évidence de la rupture spontanée de pseudo-kystes du pancréas par la radiologie.- Brit. J. Radio., mai 1970, 43, n°509, 342-343 (Bibliogr.).
- 96 - HAAS P. et PRENNER K.- Modifications pulmonaires et éosinophilie dans le pseudo-kyste du pancréas.- Wien. Med. Wschr., 20 janv. 1968, 118, n°3, 46-47 (Bibliogr.).
- 97 - HANNA W.A. - Rupture d'un faux-kyste pancréatique à propos d'un cas. Revue de la littérature.- Brit. J. Surg. 495, 1960.
- 98 - HARBRECHT P.J.- Maladie kystique du pancréas (kystes et pseudo-kystes bénins et malins acquis de l'adulte. Problème chirurgical. 18 observations ).- Amer. J. Surg., nov. 1972, 124, n°5, 607-616, 7 fig. (Bibliogr.).
- 99 - HILLIS W.- Le traitement chirurgical des pseudo-kystes du pancréas.- Am. J. Surg., mai 1963, 105, n°5, 651-658 (Bibliogr.).
- 100 - HOLLENDER L. et REINBOLT Cl.- Traitement des pseudo-kystes nécrotiques du pancréas. A propos de 13 observations.- Strasbourg méd., av. 1963, 14, n°4, 309-321 (Bibliogr.).
- 101 - HOLLENDER L.F., KOHLER J.J., JAEGER J.H. et ADLOFF.- Complications hémorragiques des pseudo-kystes pancréatiques.- Méd. et chir. dig., 1974, tome 3, n°2.
- 102 - HOLST-NIELSEN F.- Pseudo-kystes du pancréas. Drainage interne par l'anastomose de Roux en Y dans sept cas.- Acta Chir. scand., juil-août 1966, 132, n°1-2, 134-142 (Bibliogr.).
- 103 - HOWARD J.M., TRAPNELL J.E. et PAIRENT F.W.- Distinction entre les pseudo-kystes de la tête du pancréas et le cancer du pancréas.- Ann. Surg., fév. 1967, 165, n°2, 293-298, 6 fig.
- 104 - HOXWORTH P.I., MATTHEIS H., COITH R.L. et ALTEMEIER W.A.- Drainage interne pour pseudo-kyste du pancréas.- Surg. Gyn. Obst., sept. 1963, 117, n°3, 327-333 (Bibliogr.).
- 105 - HOVASSE P.- Les hémorragies intra-kystiques dans les pseudo-kystes du pancréas.- Thèse Paris 1972, n°158, 45 pages.
- 106 - HUANG T.T., WOLMA F.J. et FISH J.C.- Métabolisme et hémodynamique chez le porteur de pseudo-kyste pancréatique (20 cas, 3 observations). Surg. Gyn. Obst., oct. 1972, 135, n°4, 517-520.
- 107 - HUPE K. et VAN LESSEN H.- Clinique chirurgicale de Marburg (Allemagne de l'Ouest). Traitement des pseudo-kystes pancréatiques.- Med. Klin 66 : 556-562 (April 9) 1971.





- 108 - HUREAU J. et BOURDAIS J.P.- Pancréatite calcifiante et faux-kyste du pancréas.- Sem. Hôp. Paris, 14 av. 1973, 49, n°18, 1314-1317, 11 fig.
- 109 - HUSANU E. et coll.- Sur le diagnostic et le traitement des faux-kystes du pancréas.- Revue méd. chir., juil-sept. 1970, 74, n°3, 653-658 (Bibliogr.) (Résumé français).
- 110 - JAFFE B.M., FERGUSON T.B., HOLTZ S. et SHIELDS J.B.- Pseudo-kystes pancréatiques médiastinaux (3 observations et revue de 12 cas de la littérature). Amer. J. Surg., nov. 1972, 124, n°5, 600-606, 11 fig. (Bibliogr.).
- 111 - JORDAN G.L. jr. et HOWARD J.M.- Pseudo-kystes du pancréas.- Am. J. Gastroenterol., juin 1966, 45, n°6, 444-453, 5 fig., 5 tabl. (Bibliogr.).
- 112 - JOYEUX R., COLIN R. et LAPEYRIE H.- Abdomen aigu hémorragique révélant un pseudo-kyste sur pancréatite chronique lithiasique. Problèmes nosologiques. Pancréatectomie gauche.- Montpellier chir., 1967, 13, n°6, 765-775 (Bibliogr.).
- 113 - KADELL B.M. et RILEY J.M.- Atteinte des grosses artères par des pseudo-kystes pancréatiques.- Am. J. Roentgenol., mars 1967, 99, n°3, 632-636 (Bibliogr.).
- 114 - KAISER G.C., KING R.D., KILMAN J.W., LEMPKE R.E. et SHUMACKER H.B. jr.- Pseudo-kystes pancréatiques.- Arch. Surg., août 1964, 89, n°2, 275-281, 5 tabl. (Bibliogr.).
- 115 - KARAGYULYAN R.G.- Procédés chirurgicaux dans les pseudo-kystes post-nécrotiques du pancréas.- Khirurgiya (Mosk.), 1972, n°7, 6-10 (Bibliogr.).
- 116 - KILMAN J.W., KAISER G.C., KING R.D. et SHUMACKER H.B. jr.- Pseudo-kystes pancréatiques chez le nourrisson et l'enfant. (avec revue de la littérature - 27 cas).- Surgery, mars 1964, 55, n°3, 455-461 (Bibliographie importante).
- 117 - KISSELER B., KÜSTER H.H. et WEIMER M.- Diagnostic du pseudo-kyste du pancréas.- Münch. med. Wschr., 22 av. 1966, 108, n°16, 883-886 (Bibliogr.).
- 118 - KIVIAT M.D., MILLER E.V. et ANSELL J.S.- Pseudo-kystes du pancréas se présentant comme des lésions rénales massives (après pancréatite). Brit. J. Urol., juin 1971, 43, n°3, 257-262 (Bibliogr.).
- 119 - KOHLER J.J., ADLOFF M. et HOLLENDER L.F.- Aspects radiologiques des pseudo-kystes du pancréas.- J. Radiol. Electrol., juin-juil. 1970, 51, n°6-7, 415-416.
- 120 - KOLCZYCKA Z., SZENIC J., SZADKOWSKI S. et DZIOBA H.- Pseudo-kyste hémorragique du pancréas.- Polski Tygod. Lek., 1967, 22, n°48, 1862-1863 (Bibliogr.).
- 121 - KOPPELMANN J.- Clinique et traitement du pseudo-kyste du pancréas.- Chirurg. janv. 1965, 36, n°1, 18-23 (Bibliogr.).





- 122 - KOUCKY J.D., BECK W.C. et TODD M.C.- La perforation des faux-kystes pancréatiques, à propos de 6 cas.- Surg. Gyn. Obst., 73, 113, 1941.
- 123 - KRANKENBERG B.E., SOROKIN G.A. et BELOTSEKOVSKAYA R.V. - Traitement chirurgical des pseudo-kystes du pancréas.- Khirurgiya (Mosk.), 1972, n°7, 3-6 (Bibliogr.).
- 124 - LAIRD C.A. et CLAGETT O.T.- Pseudo-kyste médiastinal du pancréas chez l'enfant. Rapport d'un cas.- Surgery, août 1966, 60, n°2, 465-469 (Bibliogr.).
- 125 - LAUDENZI C. et PAGANO C.- Le tableau radiologique gastrique en un cas de volumineux pseudo-kyste pancréatique à évolution rapide.- Riforma med., 13 oct. 1962, 76, n°41, 1135-1140, 9 fig. (Résumé français).
- 126 - LEFAUCHER C., BARDOUX J. et VIX J.- Les kystes du pancréas.- Clinique, classifications, traitement. Nord-Est Médical, janv.1972.
- 127 - LEGER L.- Kystes et pseudo-kystes du pancréas. (kystes exubérants).- Atlas Radiol. clin. (suppl. Presse méd.), 27 janv. 1962, 70, n°5, 152-1/152-4, 25 fig.
- 128 - LEGER L., MICHON et BAKALOUDIS.- L'atteinte de la veine splénique au cours et au décours des faux-kystes du pancréas.- J. Chirur., janv. 1961, 81, n°1, 15-22, 9 fig.
- 129 - LEGER L., PAGNIEZ G. et LENRIOT J.P.- Dysphagie révélatrice d'une pancréatite chronique. A propos de deux observations de faux-kystes médiastinaux.- J. Chirurgie, mars 1970, 99, n°3, 217-234 (Bibliogr.).
- 130 - LEGER L. et coll.- Pseudo-kystes du pancréas. Implications chirurgicales de la sclérose d'enkystement. A propos de 90 cas.- J. Chir. (Paris), oct. 1971, 102, n°4, 281-306, 14 fig. (Bibliogr.).
- 131 - L'HERMINE C., GAUTIER-BENOIT C., VANKEMMEL M. et LEMAITRE G.- Les érosions artérielles des pseudo-kystes pancréatiques.- Arch. franç. Mal. app. dig., oct-nov. 1970, 59, n°10-11, 741.
- 132 - L'HERMINE C., GAUTIER-BENOIT C., VANKEMMEL M. et LEMAITRE G.- Les érosions artérielles des pseudo-kystes pancréatiques. Etude angiographique de 6 observations (4 artères spléniques, 2 artères gastro-duodénales).- Ann. Radiol., janv-fév. 1971, 14, n°1-2, R. 55-R. 63, 6 fig. (Bibliogr.).
- 133 - LEOPOLD G.R.- Echographie pancréatique. Nouvelle dimension dans le diagnostic de pseudo-kyste.- Radiology, août 1972, 104, n°2, 365-369, 8 fig. (Bibliogr.).
- 134 - LEOPOLD G.R., BERK R.N. et REINKE R.T.- Documentation échographique et radiologique de la rupture spontanée du pseudo-kyste pancréatique dans le duodénum.- Radiology, mars 1972, 102, n°3, 699-700 (Bibliogr.).
- 135 - LITTMANN R., POCHACZEVSKY R. et RICHTER R.M.- Rupture spontanée d'un pseudo-kyste pancréatique dans le duodénum.- Arch. of Surg., janv. 1970, 100, n°1, 76-78 (Bibliogr.).



- 136 - LÖHRER A.- Pseudo-kyste du pancréas chez l'enfant.- Schweiz. Rundschau Med., 30 juin 1970, 59, n°26, 954-965 (Bibliogr.) (Texte allemand).
- 137 - LORENC J. et KORCAK V.- Le drainage interne dans le traitement des pseudo-kystes pancréatiques.- Internat. Surg., juin 1969, 51, n°6, 520-525 (Bibliogr.).
- 138 - LORENC J. et KORCAK V.- Drainage interne dans le traitement des pseudo-kystes du pancréas.- Internat. Surg., juin 1969, 51, 520, in Internat. Surg. Dig., nov. 1969, 78, n°11, 451-452.
- 139 - MACAGNO C., DUCHINI H. et GUILLAMONDEGUI J.H.- Pseudo-kyste du pancréas. Un cas de pseudo-kystopancréatogastrostomie spontanée. Prensa med. argent., 16 juin 1967, 54, n°16, 721-726 (Bibliogr.).
- 140 - Mac CLINTOCK J.T., Mc FEE J.L. et QUIMBY R.L.- Pseudo-kyste du pancréas se manifestant comme une tumeur médiastinale.- J.A.M.A., 10 mai 1965, 192, n°6, 573-574 (Bibliogr.).
- 141 - Mac LAREN I.F., HOWARD J.M. et JORDAN G.L. jr.- Association d'ascite et de pseudo-kyste du pancréas.- Arch. of Surg., août 1966, 93, n°2, 301-303 (Bibliogr.).
- 142 - MALINSKY L.- Pseudo-kyste du pancréas chez un enfant.- Lyon Chir., mai-juin 1971, 67, n°3, 229-230 (Bibliogr.).
- 143 - MALLET-GUY P. et MERCADIER M.- Traitement chirurgical des formations kystiques et pseudo-kystiques du pancréas. Rapport présenté au 60ème congrès français de chirurgie. Editions Paris 1958.
- 144 - MALLET-GUY P. et MICHOUPLIER J.- Kystes et pseudo-kystes pancréatiques. Encycl. méd. chir. 10, 1961, 7108 A 10.
- 145 - MALLET-GUY P. et MICHOUPLIER J.- Résultat d'une pancréatectomie gauche d'amont pour pseudo-kyste pancréatique.- Lyon Chir., sept. 1964, 60, n°5, 694-696.
- 146 - MASIH B., LOWENFELS A.B., PENDSE P.D. et ROHMAN M.- Ictère provenant d'un pseudo-kyste pancréatique.- N. Y. St.- J. Med., 1er oct. 1971, 71, n°19, 2312-2313 (Bibliogr.).
- 147 - MENGUY R. et BLALOCK J.C.- Drainage interne rétrograde intracanaliculaire d'un pseudo-kyste pancréatique.- Surgery, déc. 1961, 50, n°6, 877-880.
- 148 - MERCADIER M.- Méthodes et indications du traitement chirurgical des pseudo-kystes du pancréas.- J. Chir. 1958, 76, 425-444.
- 149 - MERCADIER M.- Kystoanastomose intraduodénale des pseudo-kystes de la tête du pancréas.- Ann. Surg., janv. 1961, 153, n°1, 81-93, 11 fig. (Bibliogr.).
- 150 - MERCADIER M., CLOT J.P. et COQUILLAUD J.P.- A propos d'une statistique homogène de plus de 100 cas de collections enkystées d'origine pancréatique. Ann. Chir., 1967, 21, 645-659.



- 151 - MERGL V.- Drainage interne d'un pseudo-kyste perforé du pancréas.-  
Int. Surg., mars 1971, 55, n°3, 187-191 (Bibliogr.) (Résumé français).
- 152 - MERIKAS G., STATHOPOULOS G. et KATSAS A.- Pseudo-kyste pancréatique  
indolore rompu dans la cavité thoracique.- Gastroenterology, janv.  
1968, 54, n°1, 101-104 (Bibliogr.).
- 153 - MICHOUPLIER J.- La pancréatectomie d'amont dans le traitement des  
pseudo-kystes et des fistules pancréatiques. Thèse Lyon 1958.
- 154 - MICHOUPLIER J., GIURA F., INFRANZI A., FEROLDI J. et MALLET-GUY P.-  
Etude expérimentale des pseudo-kystes pancréatiques.- Bull. Soc.  
internat. Chir., fév. 1961, 20, N°1, 92-101 (Texte français).
- 155 - MOLDENHAUER W. et ZASTROW R.- Clinique et diagnostic des cavités  
post-nécrotiques, des abcès et des pseudo-kystes du pancréas.-  
Dtsch. z. Verdau.- u. Stoffwechselkr., 1969, 29, n°4-5, 247-263,  
7 fig., 8 tabl. (Bibliogr.).
- 156 - MOLLARD P. et CHAVRIER Y. (Lyon).- Pseudo-kyste du pancréas chez  
un enfant de 13 ans. Ann. chir. inf. tome 13, n°6, 1972.
- 157 - MORAN J.G.- Critères chirurgicaux devant les formations kystiques  
et pseudo-kystiques du pancréas.- Rev. clin. espagn., 31 déc. 1960,  
79, n°6, 421-424.
- 158 - MOREAUX J.- Kystes et faux-kystes du pancréas.- Rev. Praticien,  
1er juil. 1969, 19, n°19, 1947-1968, 15 fig. (Bibliogr.).
- 159 - MOREAUX J.- Les faux-kystes du pancréas. Concours médical 11/11/72,  
7459-7467.
- 160 - MOREAUX J.- Kystes et faux-kystes du pancréas. Rev. Praticien XIX,  
n°19, juil. 1969.
- 161 - MOREL C.- Traitement des pseudo-kystes pancréatiques. Bull. Soc.  
internat. Chir., juil. 1965, 24, n°4, 470-495 (Texte français).
- 162 - MOULIN A.- Les pseudo-kystes du pancréas chez l'enfant. A propos  
de 4 cas.- Thèse Paris 1971, n°62, 77 pages.
- 163 - MURPHY R.F. et HINKAMP J.F.- Pseudo-kyste du pancréas. Rapport  
de 35 cas.- Arch. Surg., oct. 1960, 81, n°4, 564-568 (Bibliogr.).
- 164 - NARDI et al. (Massachusett general hosp. Boston).- Les faux-kystes  
rétentionnels solitaires du pancréas.- New Engl. J. Med. 280 :  
11-15 (Janv. 2) 1969.
- 165 - NEGUS D. et COTTON P.- Thrombose de la veine splénique avec pseudo-  
kyste pancréatique.- Proc. roy. Soc. Med., juil. 1973, 66, n°7,  
649-650 (Bibliogr.).
- 166 - NELP W.B. et MARSHALL S.B.- Le drainage interne et pseudo-kyste  
aigu du pancréas.- J.A.M.A., 5 mars 1960, 172, n°10, 1033-1036  
(Bibliogr.).
- 167 - NICOL H.- Les pseudo-kystes traumatiques du pancréas. Considéra-  
tions anatomo-pathologiques et déductions thérapeutiques.-  
Ann. chir., 1959, 13, 1329-1333.





- 168 - OECONOMOPOULOS C.T. et LEE C.M. jr.- Les pseudo-kystes du pancréas chez le nourrisson et le jeune enfant.- Surgery, mai 1960, 47, n°5, 836-845 (Bibliogr.).
- 169 - ORTIZ VASQUEZ J., SILVA J., OLMO A. et MURO J.- Le pseudo-kyste pancréatique en tant que complication immédiate de la pancréatite aiguë.- Rev. clin. espagn., 15 déc. 1968, 111, n°5, 493-504, 20 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).
- 170 - OSBORNE M.P. et PERNOKAS L.N.- La kysto-entérostomie et la kysto-gastrostomie dans le traitement du pseudo-kyste post-inflammatoire du pancréas.- New England J. Med., 16 mars 1961, 264, n°11, 538-541 (Bibliogr.).
- 171 - PACHOV M. et KARALVANOV M.- Au sujet des pseudo-kystes du pancréas.- Med. Probl. (Plovdiv), 1972, 24, n°2, 49-53 (Bibliogr. slave) (Résumé français).
- 172 - PARAF A., RENAULT G. et RAUTUREAU J.- Les ischémies périphériques et myocardiques au cours des affections pancréatiques (pancréatite aiguë, pseudo-kyste après traumatisme ou pancréatite).- Concours méd., 13 nov. 1971, n°46, 7403-7408 (Bibliogr.).
- 173 - PARNEIX M., LACHAIZE A., SEGUETTE A. et JONCHERES P.- Pseudo-kystes du pancréas et kysto-gastrostomie.- Bordeaux méd., fév. 1972 (1), 5, n°3, 276.
- 174 - PARSHALL W.A. et REMINE W.H.- Drainage interne des pseudo-kystes du pancréas.- Arch. Surg., sept. 1965, 91, n°3, 480-484, 6 tabl. (Biblio.)
- 175 - PERACCHIA A., BOBBIO P. et BINI F.- Pseudo-kyste médiastinal d'origine pancréatique.- Minerva chir., 15/31 juil. 1973, 28, n°13/14, 1030-1041, 16 fig. (Bibliogr.).
- 176 - PERRY J.F.jr.- Drainage combiné interne-externe d'un pseudo-kyste du pancréas : kysto-jéjunostomie en Y de Roux et cathéter d'entérostomie.- Surgery, av. 1964, 55, n°4, 511-513 (Bibliogr.).
- 177 - PERSAUD V. (Jamaïque) et WALROND E.R.- Cancer et cystadénome du pancréas. Arch. Path. 92 : 28-30 (July) 1971.
- 178 - PIETSCH P., SCHMITT W. et HERZOG K.H.- Traitement chirurgical des pseudo-kystes du pancréas.- Dtsch. Z. Verdau.-u. Stoffwechselkr., 1969, 29, n°4-5, 265-277, 5 tabl. (Bibliogr.).
- 179 - POLAK E.- Choix de la technique chirurgicale dans les pseudo-kystes du pancréas.- Zbl. Chir., 19 fév. 1966, 91, n°8, 261-265 (Bibliogr.).
- 180 - POILLEUX F. et BLOCH G.- Traitement des kystes et des pseudo-kystes du pancréas. Act. hép. gast. entéro. de l'Hôtel Dieu 1967, 3, 3.
- 181 - PRABHAKER K.N., HORTON D.A., BENNETT D.J., TALLEY N.A. et WRIGHT J.S.- Pseudo-kyste du pancréas associé à un hydrothorax. Rapport d'un cas et revue de la littérature.- J. thorac. cardiovasc. Surg., juin 1971, 61, n°6, 885-890 (Bibliogr.).
- 182 - PREMONT M., BELKAID A. et LEGER L.- Le retentissement colique des pancréatites aiguës et chroniques et pseudo-kystes du pancréas.- J. Chir., janv. 1969, 97, n°1, 57-66 (Bibliogr.).





- 183 - PRON A.- Trois cas de pseudo-kystes du pancréas anastomosés à l'estomac chez l'enfant.- Polski Tygod. Lek., 1969, 24, n°9, 324-325 (Bibliogr.).
- 184 - QUINTON A., GALY J.C., TAVERNIER J. et DUBARRY J.J.- Pseudo-kyste suppuré du pancréas avec abcès intrasplénique.- Bordeaux méd., juil-août 1969, 2, n°7-8, 1687.
- 185 - RAAD H.- La place des interventions d'anastomose interne dans les pseudo-kystes pancréatiques.- Thèse Lyon, 1971, 127 pages, in Lyon méd., 27 juin 1971, 225, n°12, 1279-1280.
- 186 - RADISPOCK K. et WOLF H.G.- Pseudo-kyste du pancréas chez l'enfant.- Wien. klin. Wschr., 3 nov. 1961, 73, n°43-44, 757-758 (Bibliogr.).
- 187 - RAIMBERT P.J.F.- Etude séméiologique des faux-kystes du pancréas.- Thèse Paris, 1960, n°111, 65 pages.
- 188 - RAU H. et HEPP G.- Kystes et pseudo-kystes du pancréas. Diagnostic, thérapeutique, résultats.- Langenbecks Arch. klin. Chir. (Rapport de Congrès), 1968, 322, 749-754.
- 189 - RAZEMON P., GAUTIER-BENOIT Cl., SALEMBIER Y. et QUANDALLE P.- Traitement chirurgical des pseudo-kystes pancréatiques. A propos de 34 observations.- Lille chir., janv-av. 1968, 23, n°1-2, 43-54, 13 fig. (Bibliogr.).
- 190 - RETTORI R.- Réintervention précoce pour hémorragie après kysto-jéjunostomie pour faux-kyste du pancréas.- Chirurgie, 1971, 97, n°11, 775-776.
- 191 - REYNES C.J. et LOVE L.- Pseudo-kystes médiastinaux (pancréatiques). Radiology, janv. 1969, 92, n°1, 115-116 (Bibliogr.).
- 192 - RIBET M.- Pancréatite aiguë et hémorragique massive suivant une kysto-jéjunostomie pour faux-kyste du pancréas.- Lille chir., janv-fév. 1963, 18, n°1, 16-21 (Bibliogr.).
- 193 - RIVES J. et LARDENNOIS B.- A propos des faux-kystes du pancréas.- Sem. Hôp. Paris, 26 mai 1967, 43, n°25, 1700-1702.
- 194 - RIVES J. et LARDENNOIS B.- A propos de drainage externe en chirurgie pancréatique.- Presse méd. 1969, 77, 483-484.
- 195 - ROBIN B.- Les kystes et faux-kystes du pancréas.- Concours méd., 8 av. 1967, 89, n°14, 2699-2702.
- 196 - ROGERS J.B., PEARCE A.E. et HOWARD J.M.- Pseudo-kyste à " dôme bleu ", (maladie de Bloodgood ou de Schimmelbusch) du pancréas, identique à la dysplasie mammaire kystique.- Amer. J. Surg., déc. 1970, 120, n°6, 813-814.
- 197 - ROSATO F.M. et MACKIE J.A.- Kystes pancréatiques et pseudo-kystes.- Arch. Surg., av. 1963, 86, n°4, 551-556, 7 tabl. (Bibliogr.).
- 198 - ROSENBERG I.K., KAHN J.A. et WALT A.J.- Expérience chirurgicale des pseudo-kystes pancréatiques.- Am. J. Surg., janv. 1969, 117, n°1, 11-17, 7 tabl. (Bibliogr.).



- 199 - ROSENQUIST C.J.- Pseudo-kyste du pancréas. Présentation radiographique inhabituelle.- Clin. Radiol., av. 1973, 24, n°2, 192-194 (Bibliogr.).
- 200 - RUBINOFF M.L., TAUBER J.B. et ZUCKERMAN S.W.- Pseudo-kystes du pancréas chez l'enfant. Rapport d'un cas et revue de la littérature.- California med., déc. 1967, 107, n°6, 513-515 (Bibliogr.).
- 201 - SACREZ R., LEVY M., KIENY R. et BIGONNESSE P.- Pseudo-kyste du pancréas chez un jeune nourrisson observé depuis l'âge de 4 semaines. (pancréatite) - Pédiatrie, juin 1967, 52, n°4, 383-394, 5 tabl.
- 202 - SAEGESSER F. et BOUMGHAR M.- Pseudo-kystes du pancréas (résultats immédiats et à long terme du traitement chirurgical).- Schweiz. Rundschau Med., 9 juin 1970, 59, n°23, 831-839, 5 fig. (Texte français) (Lausanne).
- 203 - SAITO S. et coll.- Coexistence de pseudo-kyste et d'adénocarcinome pancréatique.- Gunma J. Med. Sc., déc. 1969, 18, n°1-4, 132-137.
- 204 - SALOFF-COSTE J.- Pancréatectomies d'amont pour pseudo-kyste pancréatique.- Lyon chir., mai-juin 1969, 65, n°3, 446-450.
- 205 - SALVO A.F. et NEMATOLAH H.- Distant dissection of a pancreatic pseudocyst into right groin.- Amer. J. Surg., sept. 1973, 126, n°3, 430-432 (Bibliogr.).
- 206 - SARLES H., MARTIN M., CAMATTE R. et SARLES J.C.- Le démembrement des pancréatites : les pseudo-kystes des pancréatites aiguës et des pancréatites chroniques.- Presse méd., 30 janv. 1963, 71, n°5, 237-240, 7 fig. (Bibliogr.).
- 207 - SARLES H., CAMATTE R., MARTIN M. et SARLES J.C.- Kystes non traumatiques ou pseudo-kystes du pancréas.- Münch. med. Wschr., 31 juil. 1964, 106, n°31, 1361-1365 (Bibliogr.).
- 208 - SARLES H., SARLES J.C., CAMATTE R. et MARTIN M.- Kystes ou pseudo-kystes du pancréas.- Vie méd., juin 1966, 47, n°5, 503-513 (Biblio.).
- 209 - SARLES H., SARLES J.C., CAMATTE R., MARTIN M. et GUIEN C.- Les kystes et les pseudo-kystes du pancréas, clinique, étiologie et radiologie.- Act. hépato. gastro. entérologique, Hôtel Dieu 1967, 3, (3).
- 210 - SAUBIER E., VIARD H. et TERMET H.- A propos de deux cas de pseudo-kystes du pancréas à symptomatologie thoracique.- Arch. Mal. app. dig., mars 1962, 51, n°3, 207-212.
- 211 - SCHOLZE H.- Origine et clinique des pseudo-kystes du pancréas et leur traitement.- Münch. med. Wschr., 23 janv. 1970, 112, n°4, 135-142, 8 fig. (Bibliogr.).
- 212 - SHAFER R.B. et al.- Pancreatic pseudocysts.- Am. J. Surg., 127, : 320 - 5 mars 1974.
- 213 - SHARAFEEV A.G.- L'importance, sur le plan pathogène, de la formation de faux-kystes dans la pancréatite aiguë.- Khirurgiya (Moscou), 1962, n°3, 33-35 (Bibliogr.).



- 214 - SHATNEY C.H. et SOSIN H.- Spontaneous perforation of a pancreatic pseudocyst into the colon and duodenum.- Amer. J. Surg., sept. 1973, 126, n°3, 433-438 (Bibliogr.).
- 215 - SHOCKMAN A.T. et MARASCO J.A.- Pseudo-kystes du pancréas.- Am. J. Roentgenol., nov. 1967, 101, n°3, 628-638, 10 fig. (Bibliogr.).
- 216 - SIMPSON A. et SRIVASTACA V.K.- Pseudo-kyste du pancréas.- Brit. J. Surg., janv. 1973, 60, n°1, 45-49, 9 fig. (Bibliogr.).
- 217 - SOUPAULT R.- A propos des faux-kystes du pancréas et à propos des conclusions de M. Lamy sur les pancréatites chroniques.- Mém. Acad. Chir., 1962, 88, n°14-15, 455-457.
- 218 - SPAY G., CAMPO-PAYSAA A. et CUCHE J.- Les pseudo-kystes du pancréas.- Cahiers méd. lyonnais, 10 déc. 1966, 42, n°29, 2271-2277.
- 219 - STAVRE Ch. et OLIVIER Cl.- Kysto-jéjunostomie sur anse en Y défonctionnalisée pour faux-kyste du pancréas. Une technique de tamponnement intra-kystique. Corse Médit. Med. 1969, 15, (153) 35-39.
- 220 - STONE H.H. et WHITEHURST J.O.- Pseudo-kystes du pancréas chez l'enfant. Am. J. Surg., sept. 1967, 114, n°3, 448-453 (Bibliogr.).
- 221 - STRANSKY E. et HOFILENA-IBAY R.- A propos d'une forme particulière de pseudo-kyste pancréatique de l'enfance.- Ann. Ped. 1964, 202, n°1, 58-67 (Résumé français).
- 222 - SUAREZ C.V.- L'utilisation de l'omentoplastie intra-kystique dans le traitement des pseudo-kystes du pancréas.- Am. J. Dig., Dis., sept. 1961, 28, n°9, 844-858, 9 fig. (Bibliogr.).
- 223 - SUTTON A.L. et LUZZATO R.- Pseudo-kyste pancréatique avec fistulisation dans la cavité pleurale gauche.- Amer. J. Gastroent., juin 1973, 59, n°6, 528-531 (Bibliogr.).
- 224 - SYBERS H.D., SHELP W.D. et MORRISEY J.F.- Pseudo-kyste du pancréas avec extension fistuleuse au cou.- New Engl. J. Med., 9 mai 1968, 278, n°19, 1058-1059 (Bibliogr.).
- 225 - TESTART J.- Les pancréatites chroniques.- E.M.C. nov. 1972, 7105 A 10.
- 226 - TESTART J., RICHARD C.A., MAILLARD J.N. et DUBOIS F.- Trois cas de sténose de l'angle colique gauche par faux-kyste du pancréas.- Ann. Chir. (suppl. sem. Hôp. Paris), août-sept. 1966, 20, n°15-16/17-18, 978-983, 8 fig. (Bibliogr.).
- 227 - THOMFORD N.R. et JESSEPH J.E.- Pseudo-kyste du pancréas. Une revue de 50 cas.- Am. J. Surg., juil. 1969, 118, n°1, 86-94, 5 tabl.
- 228 - THOROUGHMAN J.C., BARRINEAU C.E.- Rupture spontanée des pseudo-kystes du pancréas.- Amer. Surg., 23 : 831, 1957.
- 229 - TOISON G. et MEIGNIE P.- Fistule cholédoco-wirsungienne au décours d'une pancréatite (par faux-kyste).- Lille méd., mai 1966, 11, n°5, 561-563.







- 230 - TOOLE H., PROKOS G. et LOUIS H.- Utilisation de lambeaux d'épiploon pédiculés pour le traitement des pseudo-kystes du pancréas.- Brun's Beitr. klin. Chir., fév. 1965, 210, n°1, 80-83 - (Résumé français).
- 231 - TORRES-POSSE A.- Pseudo-kystes du pancréas (41ème congrès argentin chir.). Rev. Argent. cir. 1971, 20, 205-241.
- 232 - TOUZARD R.C.- Les pseudo-kystes de la tête du pancréas (d'après 16 cas).- Concernée Paris, 1967, n°673, 101 pages.
- 233 - TUCKER Paul C. et WEBSTER Paul D.- Pseudo-kystes traumatiques du pancréas. Arch. intern. méd., vol. 129, Avril 1972.
- 234 - UPSTATE MEDICAL CENTER.- Masse abdominale supérieure (pseudo-kystes du pancréas).- New York St- J. Med., 15 août 1971, 71, n°16, 1960-1962 (Bibliogr.).
- 235 - VAJCNER A. et NICOLOFF D.M.- Pseudo-kystes du pancréas. Valeur des taux d'amylase urinaire et sérique.- Surg., nov. 1969, 66, n°5, 842-845 (Bibliogr.).
- 236 - VAN KEMMEL M.- Hémorragie digestive massive par érosion de l'artère gastro-duodénale dans un faux-kyste du pancréas.- Sem. Hôp. Paris, 14 oct. 1969, 45, n°41, 2564-2566, 5 fig.
- 237 - VARRIALE Ph., BONANNO Ch.A. et GRACE W.J.- Hypertension portale secondaire aux pseudo-kystes pancréatiques.- Arch. of Int. Med., août 1963, 112, n°2, 191-198, 6 fig. (Bibliogr.).
- 238 - VAUGHN A.M., WHITE M.S. et RAFFENBERGER J.J.- Rupture d'un pseudo-kyste du pancréas avec présence de liquide pancréatique encapsulé mais sans rapport avec le kyste.- Am. J. Surg., juil. 1961, 102, n°1, 94-98 (Bibliogr.).
- 239 - WALKER L.G. jr., STONE H.H. et APPLE D.G.- Pseudo-kystes du pancréas. Rapport de 59 cas.- Southern. Med. J., av. 1967, 60, 389, in Internat. Surg. Dig., août 1967, 291.
- 240 - WARREN K.W., ATHANASSIADES S., FREDERICK P. et KUNE G.A.- Traitement chirurgical des faux-kystes pancréatiques à propos de 183 cas.- Ann. Surg., 163, 886, 1966.
- 241 - WARSHAW A.L., Mc CHESNEY T., EVANS G.W. et Mc CARTHY H.F.- Rupture intrasplénique due à des pseudo-kystes pancréatiques.- New Engl. J. Med., 13 juil. 1972, 287, n°2, 72-75 (Bibliogr.).
- 242 - WEIDMANN P., RUTISHAUSER W., SIEGENTHALER W. et SENNING A.- Pseudo-kyste médiastinal du pancréas.- Am. J. Med., mars 1969, 46, n°3, 454-459 (Bibliogr.).
- 243 - WOOL G. et GOLDRING D.- Le pseudo-kyste du pancréas. Rapport de 5 cas et revue de la littérature. J. of Ped., av. 1967, 70, n°4, 586-594
- 244 - YOUNG Edward L.- Pseudo-kyste pancréatique à propos d'un cas.- New Engl. Surg., soc., feb. 25, 1937.



- 245 - YVERGNEAUX E. et YVERGNEAUX J.P.- A propos du traitement des pseudo-kystes du pancréas.- Acta gastro-enterol. belg., mars 1963, 26, n°3, 236-241.
- 246 - ZELLER M. et HETZ M.H.- Rupture d'un faux-kyste pancréatique dans la veine porte.- J.A.M.A. 195, 869, 1966.

-----













